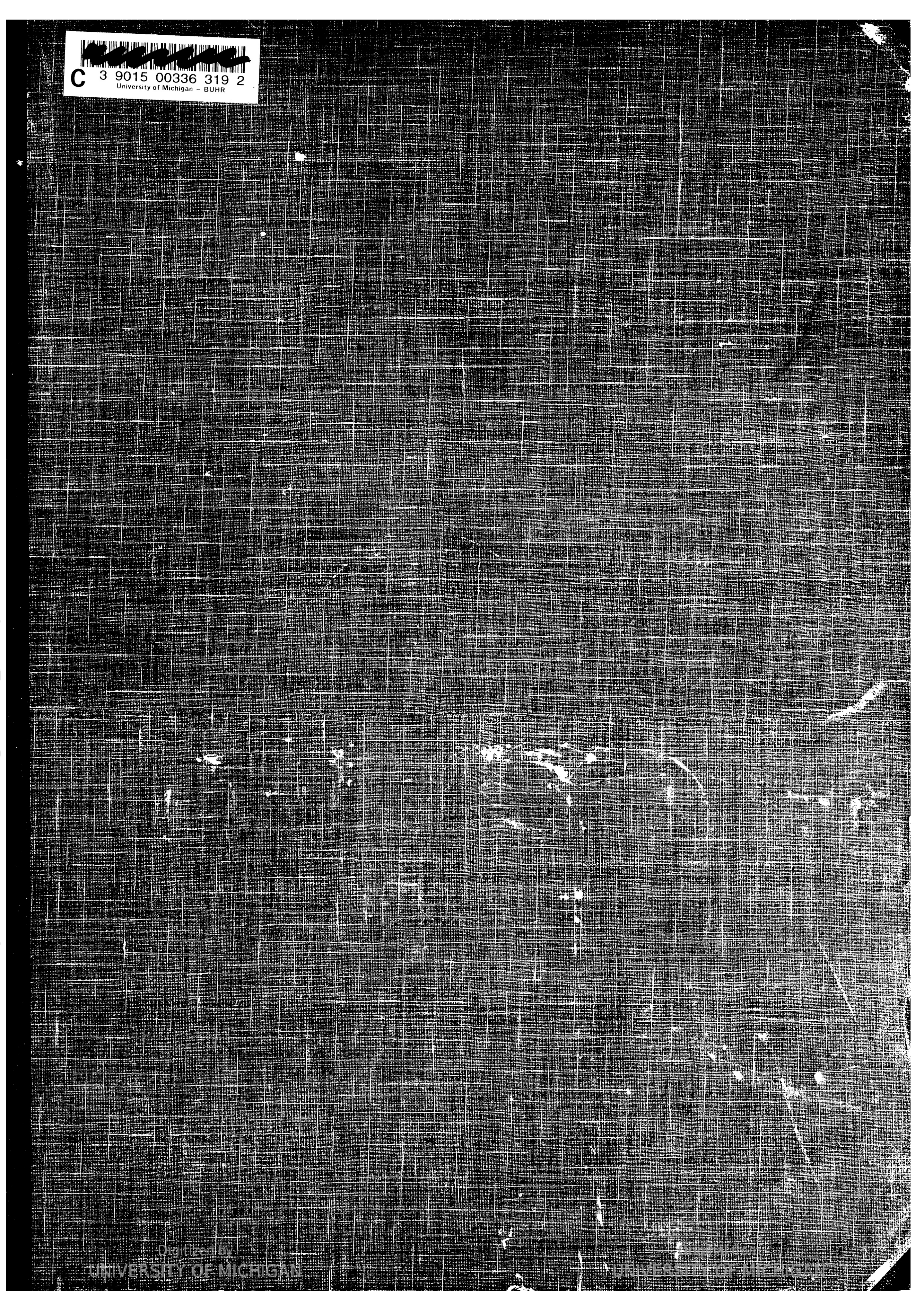
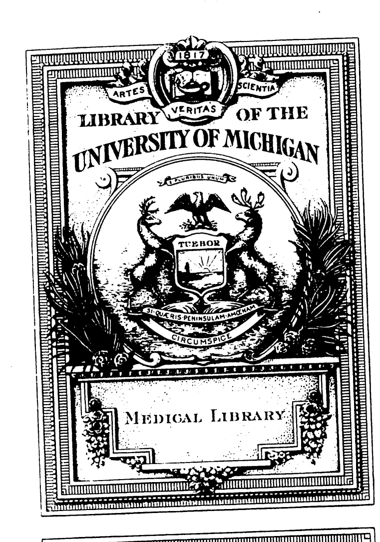
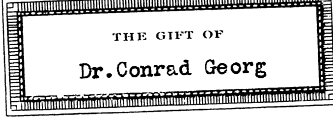



1817
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE
MEDICAL LIBRARY


THE GIFT OF
Dr. Conrad Georg

Begleitschein der Firma

Post-Scheck-Konto
Nr. 476

Buchhandlung

Dr. med.

Allgemeine

Medizinische Central-Zeitung

Redigiert

von

Dr. H. Lohnstein und **Dr. Th. Lohnstein**

1916

(85. Jahrgang)



BERLIN W.

Verlag der Allgemeinen Medizinischen Central-Zeitung

(Oscar Coblentz)

Sach- und Namen-Register.

Die in der „Tagesgeschichte" enthaltenen Notizen sind unter den Sammel-Stichwörtern „Gerichtliches", „Kranken-, Unfall- und Invalidenversicherung", „Kurpfuschertum und Geheimmittelwesen", „Medizinalgesetzgebung", „Standesangelegenheiten" „Stiftungen (einschl. Preisstiftungen)", „Unterrichts- und Forschungswesen", „Vereine usw.", „Vermischte Notizen" aufzusuchen.

I. Sach-Register.

A

B

C

D

I J

K

L

M

N

O

P

Q

R

S

T

III. Namen-Register.

Druck von Carl Marschner, Berlin SW. 68.

85. Jahrgang **Berlin, 1. Januar 1916** **No. 1**

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen,
Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7 a — Fernsprecher Steinplatz 105 56

85. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Kriegsaphorismen eines Dermatologen*).

Von Prof. Dr. **P. G. Unna** (Hamburg).

XVI. Glyzerinersatz.

Zu den Stoffen von universeller Brauchbarkeit, welche die Bedürfnisse des Krieges bei längerer Dauer desselben (zur Herstellung von Nitroglyzerin) dem Arzte zu entziehen drohen, gehört das Glyzerin. Obwohl es jetzt noch in geringen Quantitäten in den Apotheken vorrätig ist, sehen wir bereits der Zeit entgegen, in welcher eine Reihe von Ersatzmitteln — der Vielseitigkeit seiner Anwendung entsprechend — den Ausfall des Glyzerins zu decken haben wird.

Aus seiner Muttersubstanz, dem Fett, beim Verseifungsprozeß befreit, zeigt das Glyzerin gerade zum Fett den denkbar größten Kontrast, denn es ist ebenso fettfeindlich wie wasserfreundlich. Auf diese beiden Eigenschaften laufen auch die therapeutischen Indikationen desselben hinaus. Da es sich mit den gewöhnlichen Fetten nicht mischt, so dringt es beim Aufwischen auf die Haut nicht in die fetthaltige Hornschicht ein, sondern umhüllt dieselbe als schlüpfrige Decke, die allerdings das Fett der Hornschicht ebenso schützt, wie sie das Wasser der Hornschicht an der Verdunstung hindert. Im Gegensatz zu den ranzig werdenden Fetten unzersetzlich, bewahrt das Glyzerin auch viele organische Substanzen vor Zersetzung (z. B. Gelatine), wird von chemisch stark wirkenden Medikamenten (z. B. Jod, starken Säuren und Alkalien) nicht angegriffen und ersetzt in den Medikamenten die Fette überall dort, wo eine wasseranziehende Kraft des Vehikels erwünscht ist, wie in den Kaolinpasten, oder wo der eigene Wassergehalt derselben bewahrt werden muß, wie im Zinkleim.

Abgesehen von dem Schlüpfrigmachen durch Glyzerin und von seiner Unzersetzlichkeit hängen alle übrigen Eigenschaften mit der wasseranziehenden Eigenschaft des Glyzerins zusammen. Das Schlüpfrigmachen von Haut und Instrumenten kann wohl noch auf längere Zeit hinaus durch die Bestände von Kohlenwasserstoffen aller Art bewirkt werden. Es ist mithin die wasseranziehende Kraft des Glyzerins, die in erster Linie einen Ersatz durch andere wasseranziehende Substanzen verlangt. Glücklicherweise besitzen wir nun zwei ebenso billige wie reichlich vorhandene Ersatzmittel des Glyzerins, den Zuckersirup und das Chlorcalcium.

*) Zuerst erschienen als Aphorismus XIX in der „Berliner klin. Wochenschrift", 1915, No. 40, und auf freundliche Anregung des Herrn Verfassers auch hier abgedruckt.

Wie das Glyzerin, ist auch der Zucker stark wasseranziehend. Im Munde vermehrt er den Speichel, löscht dadurch den Durst (Zuckerwasser), macht bei Katarrhen die trockene Schleimhaut des Rachens, der Nase, des Kehlkopfs feucht und bewirkt bei zu trockenem Mastdarm Stuhlgang (in Form von Klistieren).

Andererseits unterscheidet sich der Zucker vom Glyzerin durch seine reduzierende Eigenschaft, die wir bekanntlich ausnutzen, wenn wir für leicht oxydierbare Substanzen (wie Eisenjodür) Sirup als Vehikel benutzen (Sirup. ferri jodati) oder Zucker auf aphtöse Geschwüre oder auf Caro luxurians streuen.

Ebenso bekannt, wenn auch weniger beachtet, ist die wasseranziehende Eigenschaft des Chlorcalciums, die das wertvolle Prinzip der Kreuznacher Mutterlauge darstellt. Durch die Untersuchungen von Lier (1888) wissen wir, daß $CaCl_2$ nicht bloß in konzentrierter wässeriger Lösung, sondern auch in Form von Salben dieselben heilenden Wirkungen auf kallöse und pruriginöse Ekzeme ausübt. Es kommt eben nur darauf an, in der Hornschicht ein Reservoir von $CaCl_2$ anzulegen, welches dann automatisch erst die Hornschicht, dann die darunterliegende Oberhaut und Kutis durch Wasseranziehung aus der Tiefe der Haut erweicht und zum Quellen bringt. Schon Rademacher empfahl eine vierprozentige Lösung von Chlorcalcium zur Erweichung von Furunkeln. Auch das Chlorcalcium hat, wie der Sirup, noch eine wertvolle Nebeneigenschaft, beim Zerfließen bindet nämlich das Salz viel Wasser und wirkt daher in allen seinen Formen abkühlend.

Je nach den Medikamenten und sonstigen Zusätzen richtet sich nun im einzelnen die Wahl der Ersatzmittel. In dem ausgezeichneten Zerteilungsmittel für Furunkelfelder, der Kaolin + Glyzerin + Ichthyol-Paste (s. Aphorismus II: Furunkulose) empfiehlt es sich, eine Mischung von Sirup [1]) und Sol. Calcii chlorati (1 + 2 Aqua) als Ersatz zu verwenden:

Ursprüngliche Vorschrift:		Ersatzvorschrift:	
Kaolin . . .	60,00	Kaolin	40,00
Glyzerin . . .	30,00	Sirup	30,00
Ichthyol . . .	10,00 [2])	Sol. Calc. chlorati .	20,00
		Ichthyol	10,00

[1]) Gemeint ist der braune Melassesirup: Sirup. domesticus.

[2]) Alle Kollegen, welche die Vorzüge des Ichthyols kennen, wird es freuen, zu erfahren, daß dasselbe für die mobilen Formationen planmäßig geworden ist und also von jeder Feldapotheke verlangt werden kann. Leider war mir bei Abfassung des Aphorismus: Frost und Frostbeulen (Berl. klin. Wochenschr., No. 19), das bei Hirschwald, Berlin, erschienene Heft 57 der Veröffentlichungen aus dem Gebiete des Militärsanitätswesen, welches in der „Uebersicht über die Neuerungen in der Feldsanitätsausrüstung" zum ersten Male das Ichthyol einführt, unbekannt geblieben.

Sirup allein würde die erwähnte Paste zu zähe machen, Chlorcalcium allein zu flüssig, so daß mit beiden allein keine gute Decke erzielt würde, während die Mischung von beiden (3 : 2) eine brauchbare Paste gibt. Allerdings werden hierin die 20 Teile Chlorcalciumlösung durch die 10 Teile Ichthyolammonium so zersetzt, daß sich (neben Salmiak) ichthyolsaurer Kalk bildet, während die 30 Teile Sirup unzersetzt ihre Wasseranziehungskraft betätigen. Die Wirkung dieser Paste steht aber hinter der ursprünglichen Vorschrift mit Glyzerin nicht zurück.

Als Abführmittel kann Glyzerin durch den gewöhnlichen braunen Sirup vollkommen ersetzt werden, den man zweckmäßigerweise in warmer Milch (1 Sirup und 2 bis 4 Milch) löst. Diese Klistiere wirken prompt und schmerzlos und sind sogar angenehmer als die Glyzerinklistiere.

Die Pinselung von Geschwüren und Wunden mit Jodglyzerin wird vollauf durch eine solche mit Jodsirup ersetzt:

Tinct. jodi	30,00
Sirup. domestic.	20,00
M.	

Hierbei ist nun zu bemerken, daß die oxydierende Eigenschaft der Jodtinktur durch die reduzierende des Sirups [ebenso wie durch die des Tannins, s. Aphorism. X: Frost und Frostbeulen[3])] gedämpft wird. Dadurch wird die Jodierung milder, aber nicht unwirksam. Bei der Behandlung atonischer Geschwüre mit obiger Mischung ergänzen sich sogar beide Eigenschaften in befriedigender Weise, indem das Jod die Granulationen reinigt und fördert, der Sirup die Epithelisierung und Ueberhornung beschleunigt.

Der vielgebrauchte Zinkleim ist bekanntlich eine Zinkoxyd-Glyzerin-Gelatine. In diesem Präparate ist der Zusatz von viel Glyzerin (wenigstens 15 Prozent) eine Notwendigkeit, denn ohne denselben würde der Zinkleim, um flüssig auf die Haut gebracht werden zu können, eine viel zu hohe Temperatur besitzen müssen; außerdem würde er nach dem Trocknen viel zu hart werden.

Man kann in dem Leim das Glyzerin sehr gut durch dieselbe Menge Sirup und — allerdings weniger gut — auch durch Chlorcalciumlösung ersetzen. Der mit Sirup hergestellte Zinkleim hat genau die Konsistenz und Elastizität des Glyzerin-Zinkleims und etwa die milchkaffeebräunliche Farbe des Zink-Ichthyolleims. Der Chlorcalcium-Zinkleim sieht weiß aus und ist weicher und weniger elastisch.

Beide so hergestellte Zinkleime haben einen großen Vorzug vor dem bisherigen Glyzerin-Zinkleim, da sie bei wesentlich niedrigerer Temperatur schmelzen und demgemäß weniger heiß auf die Haut gebracht werden können. Es schmelzen nämlich:

Zinkleim bei	35—45° C.
Zink-Ichthyolleim bei	35—45° C.
Sirup-Zinkleim bei	25—30° C.
Chlorcalcium-Zinkleim bei . .	20—25° C.

Das Festwerden auf der Haut von beiden letztgenannten Leimen geht etwas rascher vor sich als das des Glyzerin-Zinkleims. Ich ziehe trotz der sehr niederen Schmelztemperatur des Chlorcalcium-Zinkleims den Sirup-Zinkleim für den gewöhnlichen Gebrauch vor, weil er nach dem Eintrocknen eine elastischere Decke gibt als ersterer. Demnach würden die Ersatzformeln für

Glyzerin-Zinkleim:

Gelatine	15,00
Zinc. oxyd.	15,00
Glyzerin	25,00
Aqua dest.	45,00

folgendermaßen lauten:

Sirup-Zinkleim		Sirup-Zink-Ichthyolleim	
Gelatine . . .	15,00	Gelatine . . .	15,00
Zinc. oxydat. .	15,00	Zinc. oxydat. .	15,00
Sirup. domestic.	25,00	Sirup. domestic.	25,00
Aqua dest. . .	45,00	Aqua dest. . .	43,00
		Ichthyol . . .	2,00

Die größte Menge Glyzerin zu ärztlichen Zwecken wurde vor dem Kriege in den Krankenhäusern beim Waschen der Hände von Chirurgen und Pflegerinnen verbraucht. Eine streng durchgeführte Asepsis macht bekanntlich die Hornschicht der Hände spröde und rissig, ausgenommen dort, wo der Gebrauch überfetteter Seifen eingeführt ist. Glyzerin, das althergebrachte Gegenmittel gegen diese Schädigung, brauchte man meistens in unökonomischer Weise so, daß es entweder dem Waschwasser zugesetzt oder auf die Hände gegossen und dann mit dem Wasser zugleich abgetrocknet wurde. Die Einführung des Euceringlyzerins, unseres ersten einwandfreien Unguentum Glycerini, ermöglichte eine sparsamere Verwertung des Glyzerins, denn eine kleine Quantität Euceringlyzerin, die nach dem Abtrocknen auf der Hand verrieben wird, genügt, um die Oberhaut geschmeidig zu machen und verhindert bei fortgesetztem Gebrauch das Auftreten der gefürchteten Einrisse der Hornschicht. Wurde hierdurch bereits die Menge des verbrauchten Glyzerins wesentlich verringert, so läßt sich die Verwendung des Glyzerins zur Beseitigung der Sprödigkeit vollkommen beseitigen, indem man Chlorcalciumlösung an seine Stelle setzt. Eucerin mischt sich bekanntlich mit Wasser und Salzlösungen ebensogut wie mit Alkohol und Glyzerin.

Euceringlyzerin		Euceringlyzerinersatz	
Eucerini anhydrici .	50,00	Eucerini anhydrici .	50,00
Glycerini	50,00	Sol. Calcii chlorati .	50,00

Diese Chlorcalcium + Eucerin - Mischung hinterläßt die Hornschicht geschmeidig und weich und ohne schlüpfriges Gefühl und ist ebenso sparsam im Gebrauch wie das Euceringlyzerin.

Nachtrag[4]). Es hat sich bei längerem Gebrauch des Sirup-Zinkleims herausgestellt, daß derselbe, falls er länger als 1—2 Tage auf der Haut verweilt, zu spröde wird, zu sehr spannt und vorzeitig abblättert. Dieser Nachteil wird behoben durch einen Zusatz von 10 Prozent Oel. Die Formel lautet dann:

Gelatine	15,00
Zinc. oxydat.	15,00
Olei olivar.	10,00
Sirup. domestic.	20,00
Aqua destill.	40,00
M. Adde Thymoli	0,01

II. Referate.

Chirurgie.

Assistenzarzt Dr. **Mirko Cernic**, Operationszögling der chirur. Universitätsklinik v. Hocheneggs in Wien: **Gasphlegmonen.** (Wiener klin. Wochenschr., 1915, No. 38.)

Verf. berichtet über eine Reihe von Fällen, die er vor Krasnik beobachtete. Von den behandelten Gasphlegmonen zeigten 13 schon bei der Einlieferung ein ausgesprochenes Bild. Sie kamen schon am Einlieferungstage zur Operation bezw. ad exitum. Im Feldspital des Verf. entwickelten sich nur zwei. Das Gemeinsame im Entwicklungsbilde war, daß sie sich nach Immobilisierung einige Tage wohl fühlten, dann trat große Unruhe und Schmerzhaftigkeit ein, worauf sich am sechsten resp. fünften Tage nach der Verwundung das vollständige Bild der Gasphlegmone einstellte. Was die Symptome bei deutlich ausgeprägtem Bilde der Gasphlegmone betrifft, so finden sich: reichliche Gasblasen aus dem Schußkanal, die beim Druck auf die Umgebung wie bei Bewegungen der Fragmente herausquellen und beim Platzen einen intensiven Gestank verbreiten; die Bewegung sowie der Druck sind relativ wenig schmerzhaft; die sichtbare Muskulatur ist matsch, schmutzig-grün, schmierig, mit jauchigem stinkenden Eiter durchsetzt; in der weiteren Umgebung der Wunde Sukkulenz, wie nach halb resorbierten Hämatomen, und um diese Partie herum manchmal sehr weit sich ausdehnende, subkutan knisternde Schwellungen, ohne andere entzündliche Erscheinungen. Der Rand der knisternden Schwellung fällt gewöhnlich steil ab, ungefähr so, wie beim Erysipel. Das Allgemeinbefinden ist manchmal ganz normal, trotz sehr weiter Ausdehnung der knisternden Partien, manchmal verbietet der ausgesprochene Icterus haemolyticus mit Delirien jeden Eingriff. Bei seinen teilweise desperaten Fällen hat Verf. sich bei der Operation von folgendem Prinzip leiten lassen: Entfernung aller mit Jauche und Eiter getränkten Teile durch Absetzen der Extremität oder durch radikale Exzisionen, weite Spaltungen der subkutan knisternden Umgebung, Fahndung nach den steckenden Projektilteilen. „Cessante causa cessat effectus" hat sich Verf. vollständig bewährt. Nach dieser möglichst

[3]) Vgl. Allg. Med. Central-Ztg., 1915, S. 133.

[4]) Zuerst erschienen in der „Hamburger Aerzte-Correspondenz", 1915, No. 46.

radikalen Arbeit wurden alle bloßgelegten Partien mit von Wasserstoffsuperoxyd triefenden Gazen belegt. Dieses Antisepticum — Hyperoli (Richter) 20—30 g auf Aqua destillata 1000 g — hat Verf. bei seinen Fällen die allerbesten Dienste geleistet, ja man hatte manchmal den Eindruck eines Spezificums. Die teilweise sehr ausgedehnten Bloßlegungen und Exzisionen der erkrankten Muskulatur fielen Verf. durch geringe Blutung auf: nicht ein einziges Mal war er gezwungen, eine Klemme anzulegen, obwohl er beim Falle 8 die ganze rechtsseitige Pectoralis- und Trapeziusmuskulatur bis zu den Rippen entfernte und beim Falle 13 den Unterschenkel beinahe skelettierte. Alle Fälle, mit Ausnahme von 2 und 12, zeigten schon am Operationstage respektive am darauffolgenden Tage normale Temperaturen, die Wunden reinigten sich unter Wasserstoffsuperoxydverbänden überraschend schnell, die breit klaffenden Inzisionen verengerten sich, die manchmal lose herumflatternden Hautlappen, der darunter gelegenen erkrankten Muskulatur ganz beraubt, nekrotisierten nicht, sondern wuchsen rasch an. Während die nichtoperierten Fälle ohne Ausnahme deletär verliefen, kamen die operierten alle durch.

Privatdozent Dr. **Viktor F. Hess**, Leiter der röntgenol. Abteil. d. Reservespitals No. 15 in Wien: **Ueber eine einfache Methode zur Bestimmung der Tiefenlage des Projektils im Körper bei Steckschüssen.** (Wiener klin. Wochenschrift, 1915, No. 41.)

Zur genauen Feststellung der Lage von Fremdkörpern ist heute eine große Zahl von Methoden ausgearbeitet, deren meiste ihren Zweck recht gut erfüllen, z. B. die weitverbreiteten und bewährten Verfahren von Holzknecht, Levy-Dorn, Fürstenau und Wachtel. Alle diese Methoden erfordern jedoch entweder das Vorhandensein einer besonderen Apparatur (zum Beispiel Stereoröhre, Schiebevorrichtungen, Meßzirkel, Schwebemarkenlokalisator und dergleichen), oder doch den Besitz eines für stehende und liegende Patienten verwendbaren Durchleuchtungsapparates. Im Beginne seiner röntgenologischen Tätigkeit in einem Kriegsspital war Verf. nun öfters vor die Aufgabe gestellt, Tiefenlagebestimmungen bei Steckschüssen vorzunehmen, ohne ein Trochoskop oder irgendeinen besonderen Lokalisationsbehelf zu besitzen. In allen Fällen, in welchen die Möglichkeit vorlag, die normale Röntgenaufnahmen in zwei aufeinander senkrechten Richtungen durchzuführen, wurde selbstverständlich dieses Verfahren zu Lokalisationszwecken benutzt. Bei Fällen, in welchen der betreffende Körperteil die Aufnahme in zwei zueinander senkrechten Richtungen schwer oder gar nicht zuläßt, ist man auf andere Auskunftsmittel angewiesen. Verf. beschreibt nun eine Methode, welche es ermöglicht, an jeder gewöhnlichen Röntgenaufnahme eines im Körper steckenden, nicht zersplitterten Projektils ohne Rechnung, in rein graphischer Weise die Tiefenlage desselben zu ermitteln. Die Methode beruht auf der Ausmessung des Schattendurchmessers des Projektils. Sie steht an Genauigkeit den exakteren Methoden, zum Beispiel der Fürstenauschen Methode nach, wird jedoch wegen ihrer Einfachheit in Kriegsspitälern mit Vorteil verwendet werden können. Zur ganz rohen, annäherungsweisen Bestimmung der Tiefenlage kann auch die Messung des Schattendurchmessers des Projektils am Durchleuchtungsschirm vorgenommen werden. Kr.

Hofrat Dr. **Decker** und Dr. **H. v. Bomhard** (München): **Die Röntgentiefenbestrahlung bei Magen- und Darmkarzinomen.** (Münch. med. Wochenschr., 1915, No. 3.)

Während Mitteilungen über Strahlenbehandlung bei Uteruskarzinomen in größerer Zahl vorliegen, sind die Berichte über Strahlenbehandlung bei Magen- und Darmkarzinomen bis jetzt noch sehr spärlich. Die Verfasser berichten darum über 3 Fälle von inoperablen Magenkarzinomen (sämtlich durch Probelaparotomie erwiesen) und 1 Fall von Rektuskarzinom, in welchem sie durch Anwendung der Tiefenbestrahlung mit harten Röntgenstrahlen zum Teil erheblichen Rückgang des Tumors und Besserung des Allgemeinbefindens erzielten. Beim Magenkarzinom bestrahlten sie durch die Haut hindurch, beim Rektumkarzinom teils direkt durch das Rektoskop, teils vom Darm, vom Kreuzbein und von den Nates aus. In den mitgeteilten Fällen lag die Strahlendosis zwischen 1775 und 2400 X, auf einem Zeitraum von einigen Monaten verteilt. Die Verfasser benutzten das neueste Tiefenbestrahlungsinstrumentarium der Firma Reiniger, Gebbert & Schall, mit der zugehörigen Duraröhre. Die Haut wird durch Aluminiumfilter vor Verbrennung geschützt. Abgesehen von einem leichten Erythem, das ohne jede Behandlung in 8 Tagen zurückging, wurde in keinem Fall eine Schädigung der Haut beobachtet. Die Verfasser fordern auf Grund ihrer Erfahrungen, bei jedem inoperablen Magen- und Darmkarzinom eine möglichst intensive Strahlentherapie zu versuchen. R. L.

Hygiene.

Dr. **R. Kraus** und Dr. **B. Barbará: Zur Frage der Sterilisation von Flüssigkeiten mittels Tierkohle.** (Wiener klinische Wochenschr., 1915, No. 38.)

In ihrer Mitteilung über Sterilisation des Wassers mittels Tierkohle konnten die Verfasser zeigen, daß man Typhusbazillen oder Choleravibrionen im infizierten Wasser mit sterilisierter Tierkohle beseitigen kann. Es ist den Verfassern gelungen, bei einstündigem Kontakt Wasser, welches mit Choleravibrionen und Typhusbazillen infiziert war, keimfrei zu machen. Wie aus einem in vorliegender IV. Mitteilung erörterten Versuch hervorgeht, ist es möglich, daß schon nach viel kürzerer Zeit eine Sterilisation des Wassers erreicht wird. Ihre weiteren Versuche haben sich auch damit beschäftigt, Milch keimfrei zu gewinnen. Es hat sich ergeben, daß 100 g käufliche Milch, mit 3 g Tierkohle geschüttelt, schon nach 15 Minuten keimfrei durch Papierfilter filtriert. Auch eine andere Anwendung der Sterilisation mittels Tierkohle können die Verff. empfehlen: nämlich die Sterilisation von Serum. Sie haben zunächst Versuche mit agglutinierendem Serum angestellt und gefunden, daß nach Ausschüttelung mit Tierkohle keine Abnahme der Antikörper erfolgt, wie zum Beispiel bei den Toxinen, die vollkommen adsorbiert und entgiftet werden. Nach diesen Vorversuchen haben sie dann Versuche mit Diphtherieserum durchgeführt und ebenfalls keine Abnahme der antitoxischen Kraft feststellen können. Da bekanntlich bei der Filtration durch Bakterienfilter Verluste an Antikörpern zu verzeichnen sind, dürfte die Sterilisation mittels Tierkohle einen Vorzug besitzen. Aus diesem Grunde haben die Verff. diese Methode angewendet, um konzentriertes Serum keimfrei zu bekommen. Kr.

Interne Therapie.

Prof. **J. Zappert: Eine in Vergessenheit geratene interne Behandlung der Anginen.** (Wiener medizin. Wochenschrift, 1915, No. 44.)

Verf. empfiehlt entsprechend dem Erfahrungssatze, daß Mittel, welche in großen Dosen einzelne Organe zu schädigen vermögen, in kleinen Gaben anregend auf den Ernährungszustand eben dieser Organe einwirken, das Zyanquecksilber zur internen Behandlung der Anginen. Es handelt sich in den Fällen des Verfassers um recht verschiedene Formen von Halsentzündungen, denen nur ein Befund gemeinsam war: ein rasch sich entwickelnder Belag auf den Tonsillen. Darunter fanden sich Fälle mit auffallend weißen, kleinen, dichten Belägen und nicht schweren Allgemeinerscheinungen, die den Verdacht einer beginnenden Diphtherie erweckten. Ferner Fälle mit hohem Fieber, starker Abgeschlagenheit, heftigen Gliederschmerzen und gelbgrauen Stippchen auf den stark geröteten, aber wenig geschwellten Mandeln. In diesen Fällen hatte die Behandlung mit Zyanquecksilber nahezu immer den Erfolg, daß die Temperatur rasch zurückging, die Beläge auf der erkrankten Tonsille schwanden und auf der zweiten Tonsille nur wenig oder gar nicht zur Entwicklung kamen. Im Stiche ließ die Therapie bei allen jenen Rachenaffektionen, welche mit starker parenchymatöser Entzündung und rascher Schwellung der Mandeln einhergingen. Ebenso erfolglos war die Darreichung des Mittels bei akuten Entzündungen der Rachenschleimhaut. Auch bei akuten Katarrhen im Nasenrachenraum versagte es. Die Verschreibung des Mittels ist folgende:

Hydrargyri cyanat. . . .	0,01
Saccharini	0,05
Aq. font.	100,00

DS. Stündlich ein Kinderlöffel.

Die stündliche Verabfolgung führte Verf. je nach dem Alter des Kindes und der Schwere des Falles 6—8—10 Stunden durch. Dann gab er das Mittel zweistündlich oder er ließ es nach größerer Nachtpause nächsten Tages wieder stündlich darreichen. Unangenehme Nebenwirkungen hat Verf. niemals beobachtet.

Dr. **Leon Stefanowicz**, Primararzt a. D., Czernowitz: **Ueber Bandwurmkuren.** (Wiener klin. Wochenschr., 1915, No. 41.)

Von allen gebräuchlichen Bandwurmmitteln ist nur das Extractum filicis maris verläßlich und dies nur in frischem Zustande. Es ist jedoch, wie allgemein bekannt, kein ungefährliches Mittel. Verf. hat deshalb Versuche angestellt, eine ganz ungefährliche Kur ausfindig zu machen. Dies gelang ihm mit dem als Volksmittel bekannten Kürbissamen. Das Verfahren ist folgendes: Die Strenge der üblichen Vorkur hat Verf. etwas gemildert, indem er den Pat. früh Tee oder Kaffee, eine leichte Mittagsmahlzeit und abends Tee reichen läßt. An dem Tage wird auch ein Abführmittel in gehöriger Menge, und zwar entweder Oleum Ricini oder ein Bitterwasser respektive Magnesium sulfuricum verabfolgt. Diese Reinigung des Darmes bezweckt insbesondere, durch Verringerung der Fäkal-

massen die nachträgliche Untersuchung des Stuhles zu erleichtern. Am Vortage muß sich der Patient auch das Mittel vorbereiten. Es sind dies an der Sonne vorher gehörig getrocknete Kerne des gewöhnlichen Futterkürbisses. Das Enthülsen der Kerne besorgt Pat. in der Regel selbst, da dies mit den Schneidezähnen geschehen muß. Verf. ließ gewöhnlich für eine Taenia solium 150 g enthülster Kürbiskerne nehmen, dazu ist beiläufig ein halber Liter unenthülster Kerne erforderlich. Für eine Taenia saginata ist es ratsam, mehr zu nehmen, etwa 170 bis 180 g enthülster Kerne. Der Patient muß die Kerne sorgsam zerkauen, und darf dabei nach Belieben versüßten Tee trinken. Wer ein schadhaftes Gebiß hat, soll sich die enthülsten Kerne auf einer Mandelreibemaschine mahlen lassen. Zwei bis drei Stunden nach dem Einnehmen des Mittels wird entweder Oleum Ricini (zwei bis drei Eßlöffel) oder anderthalb bis zwei Gläser Bitterwasser verabfolgt. Oft muß man auch mit einem Wassereinlauf nachhelfen. Die in den folgenden 24 Stunden entleerten Stühle sind zu untersuchen, bis man die Taenie und deren Skolex findet. Sollte letzterer nicht zu entdecken sein, dann ist trotzdem die Kur als gelungen zu betrachten, wenn in den folgenden drei bis vier Monaten keine Proglottiden mehr abgehen. Absolute Sicherheit bietet jedoch nur das Auffinden des Skolex, wozu leider viel Geduld erforderlich ist. Kr.

III. Bücherschau.

Neue Forschungen zur Homosexualität. Von Dr. **J. Sadger,** Nervenarzt in Wien. Berliner Klinik. Februar 1915, H. 315. Fischers medizin. Buchhandlung (H. Kornfeld), Berlin W. 32 S. 1,20 M.

Auf dem Wege der Psychoanalyse hat Verf., wie er glaubt, neue Aufschlüsse über die Entstehung der Homosexualität gewonnen. In vorliegender Abhandlung legt er die Ergebnisse, zu denen er so gelangt ist, einem ärztlichen Leserkreis vor. Auf den Gegenstand an dieser Stelle näher einzugehen, würde zu weit führen. Wer von unseren Lesern sich für dies Kapitel der Psychopathia sexualis interessiert, möge die klar geschriebene Schrift selbst zur Hand nehmen.

Klinik für psychische und nervöse Krankheiten. Herausgegeben von **Robert Sommer.** Dr. med. et phil., Geh. Med.-Rat, o. Professor an der Universität Gießen. IX. Band, 3. Heft. Halle a. S. 1914, Carl Marhold Verlagsbuchhandlung. 3 Mark.

Das neue Heft der Sommerschen Zeitschrift bringt zwei größere Arbeiten. Die erste, betitelt: Vergleichende Untersuchungen über die Tätowierungen bei Normalen, Geisteskranken und Kriminellen von Karl Gotthold, bietet ein wertvolles Material und erörtert im Anschluß daran besonders die kriminalpsychologischen und soziologischen Beziehungen des Themas. Auch die mehr technisch-dermatologische Frage, wie man Tätowierungen beseitigen kann, streift Verfasser. Die zweite Arbeit: Gibt es bei Dementia praecox Schädeldeformitäten und welcher Art? von J. Widmann ist im vorliegenden Heft noch nicht abgeschlossen.

Die Abgrenzung der Lungentuberkuloseformen nach klinischen, hauptsächlich röntgenologischen Zeichen. Von Privatdozent Dr. med. et phil. **Heinrich Gerhartz.** Würzburg 1916, Verlag von Curt Kabitzsch. 19 S. 0,90 M.

Verfasser teilt die Lungentuberkulose auf Grund des Röntgenbefundes in drei Hauptarten ein: 1. die kleinknotige, disseminierte Tuberkulose; 2. die großknotige Tuberkulose; 3. die homogenherdige Tuberkulose. Er gibt in guten schematischen Abbildungen eine Darstellung zahlreicher typischer Röntgenbefunde auf Grund eigener Beobachtungen. Die Schrift ist ein Sonderdruck aus „Beiträge zur Klinik der Tuberkulose", Bd. 34, Heft 2, und hat vorwiegend spezialistisches Interesse. R. L.

IV. Tagesgeschichte.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Breslau. Der ordentliche Professor der Psychiatrie Dr. Alois Alzheimer ist im Alter von 51 Jahren gestorben. In die akademische Laufbahn war der Dahingeschiedene erst verhältnismäßig spät eingetreten, indem er sich 1904 als Assistent Kraepelins in München habilitierte, nachdem er vorher eine Reihe von Jahren hindurch als Arzt an Irrenanstalten tätig gewesen war. In Breslau wirkte er seit 1912 als Nachfolger von Bonhöffer. Die wissenschaftlichen Arbeiten Alzheimers betreffen vorwiegend die histologischen Veränderungen bei Geisteskrankheiten.

Frankfurt a. M. Der Privatdozent der Neurologie und Psychiatrie Prof. Dr. Kurt Goldstein ist zum Abteilungsvorsteher am Neurologischen Universitätsinstitut ernannt worden.

Leipzig. Dr. Kurt Hintze hat sich für Hygiene habilitiert.

Straßburg. Stabsarzt Prof. Dr. B. Möllers hat sich für Hygiene habilitiert.

Verschiedenes.

Berlin. Ueber **planmäßige Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten als vermeidbare soziale Schäden** hielt Geheimrat Prof. Dr. Pannwitz, der bekannte Generalsekretär der Internationalen Vereinigung gegen die Tuberkulose, einen Vortrag anläßlich der Ausstellung für Kriegs- und Verwundetenpflege in Barmen. Geheimrat Pannwitz, der zurzeit in Brüssel Medizinal-Referent bei der Zivilverwaltung und Leiter der sozialen Fürsorge des Belgischen Roten Kreuzes ist, tritt nachdrücklich dafür ein, daß die übertragbaren Geschlechtskrankheiten, Syphilis und Gonorrhoe, in Zukunft planmäßiger als bisher bekämpft werden müßten. Behördliche Maßnahmen auf allen Gebieten des öffentlichen Lebens, frühzeitige Ermittelung der Krankheitsfälle, Sicherung der Behandlung, Verhütung der Weiterverbreitung müssen Hand in Hand gehen mit weitgehender Aufklärung der Oeffentlichkeit, bei welcher insbesondere auch die Frauenwelt mitzuwirken hat. Gegenüber den Geschlechtskrankheiten müssen die Drahthindernisse der Heimlichkeit und Heuchelei beseitigt werden. Die Erfahrungen des Krieges zeigen, daß die Maßnahmen sich nicht nur, wie bisher, gegen die Frau, sondern in gleicher Weise gegen den Mann richten müssen. Anzustreben sei eine der Sachlage angepaßte Anzeigepflicht, unterstützt durch freiwillige Meldung in Fürsorgestellen. Geheimrat Pannwitz schilderte zum Schluß, wie die planmäßige Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten beim Heere und in den okkupierten Gebieten die besten Erfolge erzielt habe, so daß in Anbetracht der umsichtigen Vorbereitungen aller Träger der Reichsversicherung von der Rückkehr unserer Truppen ins Vaterland eine Einschleppung von venerischen Erkrankungen nicht zu fürchten sei.

— Ueber **Kieferverwundungen und ihre Behandlung** sowie die Versorgung der Soldaten mit zahnärztlicher Hilfe veranstaltet das Zentralkomitee für das ärztliche Fortbildungswesen in Preußen in Gemeinschaft mit dem Komitee für zahnärztliche Fortbildung in Preußen eine Reihe von Vorträgen, die vom 13. Januar bis 7. Februar wochentäglich zweimal abends 8 Uhr im Kaiserin-Friedrich-Haus, Luisenplatz 2—4, stattfinden sollen. Als Vortragende wirken mit: Gen.-Arzt Dr. Schultzen: Organisation der zahnärztlichen Hilfe im Kriege; Prof. Fischer (Marburg): Erste zahnärztliche Hilfe im Felde; Zahnarzt Mamlok: Tätigkeit einer Korps-Zahnstation; Prof. Dieck: Technik der Röntgenaufnahmen der Kiefer und Diagnostik; Prof. Williger: Verletzungen des Gesichts; Dr. Halle: Beteiligung des Ohres, der Nase und Nebenhöhlen bei Kieferverletzungen; Prof. Schröder: Die Schußfrakturen der Kiefer, spez. des Unterkiefers, ihre Prognose und Therapie; Prof. Klapp: Die Tätigkeit des Chirurgen bei Verletzungen der Kiefer; Geh. Med.-Rat Krückmann: Die Beteiligung des Auges bei Kieferverletzungen; Dr. Rumpel: Erfahrungen und Behandlungserfolge aus der Kieferstation im Reservelazarett Tempelhof; Dr. Ganzer: Erfahrungen und Behandlungserfolge aus der Kieferstation im Reservelazarett Hochschule für bildende Künste; Geh. Med.-Rat Warnekros: Meine Erfahrungen als Konsiliarius des III. Armeekorps. — Die Teilnahme ist unentgeltlich. Karten werden für deutsche (in Deutschland approbierte) Aerzte und Zahnärzte gegen eine Einschreibegebühr von 2 M. im Kaiserin-Friedrich-Haus ausgegeben.

V. Amtliche Mitteilungen.

Bekanntmachung.

Das Tetanus-Serum mit den Kontrollnummern 223 und 273, geschrieben: „Zweihundertdreiundzwanzig" und „Zweihundertdreiundsiebzig", aus den Behringwerken in Marburg ist wegen Mangels an Keimfreiheit zur Einziehung bestimmt.

Flaschen mit diesen Kontrollnummern dürfen hinfort nicht mehr in den Apotheken abgegeben werden und können nach der Vereinbarung mit dem Laboratorium bei kostenfreier Einsendung kostenlos gegen einwandfreies Serum eingetauscht werden.

Berlin, den 8. Dezember 1915.

Der Polizeipräsident.
I. A.: Schlegtendal.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: San.-Rat Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil: S. Caspari, Berlin-Schöneberg. Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW. 68, Alexandrinenstraße 110.

85. Jahrgang **Berlin, 8. Januar 1916** **No. 2**

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Steinplatz 105 56

85. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Das Utilitäts-Prinzip der Diät und das Genuss-Prinzip der Küche.

Von **Wilhelm Sternberg** (Berlin).

I. Für Nahrung und Ernährung reicht das Utilitäts-Prinzip allein nicht aus. Der Gesichtspunkt der Nützlichkeit und Schädlichkeit der Nahrung erschöpft nicht das ganze Problem. Chemischer Nährwert und physikalischer Brennwert reichen doch nicht aus. Wer das bei der Bewertung der Nahrung übersieht, begeht denselben Fehler wie der, der $2 \times 2 = 5$ setzt.

II. Außer dem Utilitäts-Prinzip kommt für die Nahrung und Ernährung noch in Frage das Prinzip des Genusses. Die Nahrung muß auch schmecken, wobei unter „schmecken" und „Geschmack" der Genuß im weitesten Sinne zu verstehen ist. Ich habe bereits in meinem Aufsatz [1]) „Der Geschmack" angegeben, daß der Genuß für das Genießen der Nahrung ein dreifacher ist:

1. ein sensueller,
2. ein ästhetischer,
3. ein psychischer.

Folgende Tabelle erläutert diese Faktoren des Genusses.

I. Sensueller Genuß:

1. Geschmacks-Sinn,
2. Geruchs- Sinn,
3. Tast- Sinn.

II. Aesthetischer Genuß:

4. Seh-Sinn („Geschmack").

III. Psychischer Genuß:

5. Abwechslung für jeden dieser vier vorher angegebenen Faktoren.

III. Zu dem Genuß kommt dann noch ein weiterer Faktor. Das ist das Genuß-Bedürfnis, die Genußsucht. Und diese Genußsucht bezieht sich ebenso auf die verschiedenen Faktoren wie der Genuß. Folgende Tabelle illustriert diese gemeinsamen Faktoren:

	I. Genuß.	II. Genußsucht
A.	I. 1. Geschmacks-Sinn	= Appetit.
	2. Geruchs- Sinn	
	2. Tast- Sinn	
	II. 4. Seh- Sinn	
	III. 5. Abwechslung für jeden dieser vier vorher angegebenen Faktoren	
B.	App. = Genußsucht	

IV. Und dieses Genuß-Bedürfnis ist ein physiologisches Bedürfnis. Es ist nicht etwa erst ein Kultur-Bedürfnis.

Beweis dafür ist die Tatsache, daß zu allen Zeiten bei allen Völkern dasselbe Bedürfnis nach Genuß beim Genießen der Nahrung maßgebend gewesen ist. Deshalb ist auch die Geschichte der Nahrung und der Ernährung als Instrument für die Wissenschaft der menschlichen Ernährung zu benutzen. Ebenso sind die Sprachwissenschaften als Hilfsmittel der Physiologie der Ernährung zu verwerten. Wenn alle Sprachen aller Zeiten und aller Länder etwas Gemeinsames zeigen, dann deutet schon diese Uebereinstimmung auf etwas Physiologisches hin.

V. Genuß und Genuß-Bedürfnis zu befriedigen, ist Aufgabe der Küche. Die Sorge für Genuß und Genuß-Bedürfnis liegt außerhalb des Bereichs der Diät. Daher hat die Diätetik sich mit diesem Problem des Genusses und des Genuß-Bedürfnisses noch nicht befaßt. Denn die Diätetik beschränkt sich auf die Diät, und die Diät verfolgt lediglich das Utilitäts-Prinzip.

VI. Der diametrale Gegensatz von jedem Genuß ist der Ekel. Der Ekel ist das Grab jedes Genusses.

VII. Wie der Gegensatz vom Genuß, ist auch der Gegensatz von Genußsucht oder Appetit der Ekel. Der Ekel ist das Grab jeder Genußsucht wie jedes Genusses.

Das psychische Gefühl des Verlangens [2]), das Appetit genannt wird, hat ein Gegenstück, das sich zum Verlangen wie positiv zu negativ, wie rechts zu links verhält, oder wie in der Mathematik, Physik und Kristallographie die enantiomorphen Antipoden zueinander, wie in der Chemie die stereogeometrischen Isomeren der organischen Verbindungen mit einem asymmetrischen Kohlenstoffatom, wie in der Anatomie die beiden symmetrischen Hälften des Körpers, wie in der Physiologie die das stereoskopische Sehen ermöglichenden symmetrischen Gesichtsfelder. Dieses symmetrische Spiegelbild zum Appetit, dem einen Gemeingefühl der Ernährung, ist der Ekel, der Abscheu, abominato, gleichfalls ein Gemeingefühl der Ernährung.

VIII. Nun geht aber jeder einzelne Faktor des Genusses und der Genußsucht so leicht in Ekel über.

[1]) Centralblatt f. Medizin, 1914, Nr. 35.
[2]) Physiologisches und Psychologisches zur Oesophagoskopie und Magensondierung. Arch. f. Verdauungskrankh., 1905, Bd. XXI, H. 3, S. 219.

Subjektive, affektive Sinne	Subjektive Affekte, Gefühle	
I. Genuß	II. Genußsucht	III. Ekel
	= Appetit	
A. I. 1. Geschmacks-Sinn		
2. Geruchs- Sinn		
3. Tast- Sinn		
II. 4. Seh- Sinn		
III. 5. Abwechslung		
B. **App.** = Genußsucht		

Der sinnliche Genuß wendet sich an die niederen Sinne, und diese, Geschmacks-, Geruchs- und Tastsinn, sind ja gerade die affektiven, da sie, den höheren Sinnen in dieser Beziehung überlegen, mit besonderer Gefühlsbetonung ausgezeichnet sind. Sie sind gewissermaßen die sinnlichsten Gefühlsempfindungen. Sie bilden den Uebergang von Sinnesempfindung zum Allgemeingefühl [3]). Daher vermögen die affektiven Sinne so leicht den Affekt nach der einen und nach der anderen Richtung, also einesteils Appetit, anderenteils Ekel zu erregen. Und dieser Ekel tritt bei jeder sinnlichen Empfindung leicht ein:

I. a) Kein Sinn vermag so leicht Ekel zu erregen wie der Geruch, eine Beobachtung, auf die bereits Plutarch (Mor. 914a) hinweist: „Uebler Geruch macht Uebelkeit."

Die moderne Physiologie des Geruchs-Sinnes führt in ihrer Einteilung der Qualitäten des Geruchs nach Linné und Zwaardemaker eine Gruppe von den neun Qualitäten der Gerüche auf als „odores tetri" = widerliche Gerüche — der Ausdruck „teter" soll mit „taedium" zusammenhängen, — und sogar noch eine zweite, von dieser getrennte Gruppe als „odores nauseosi" = ekelhafte Gerüche — auch Nausea = Taedium! — Und dieses Einteilungsprinzip der Riechstoffe ist deshalb so besonders bemerkenswert, weil die Physiologie des Geruchs-Sinnes naturgemäß bestrebt ist, die unendlich große Zahl der Riechstoffe in eine möglichst kleine Zahl von Einzelgruppen einzureihen [4]). Auch Hennig [5]) übersieht dies wieder.

b) Die Physiologie faßte den Ekel lange Zeit als eine Qualität des Geschmackes auf, wie auch noch die heutige französische Sprache von dégoût redet. Schon das Laienpublikum sagt oft und mit Recht: „Wenn es ihm nicht schmeckt, dann bricht er sofort." Die Leute meinen dann oft, der Betreffende verträgt es nicht, er kann es nicht essen, weil er bereits vorher Brechreiz hat, oder weil er noch lange nach der Aufnahme bricht [6]).

c) Schon die ölige Konsistenz oder die übermäßige Länge von Spickgans, Spargel etc. ist hinreichend, um bei kleinsten Dosen Ekel zu erregen.

II. d) Der höchste Grad der Unappetitlichkeit seitens des optischen Sinnes infolge Mangels an ästhetischem Genuß ist die Ekelhaftigkeit.

III. Auch die anderen Faktoren des Genusses und der Genußsucht gehen leicht in Ekel über.

A. B. Genuß und Genußsucht finden ihre unübersteigliche Grenze in der Sättigung und Uebersättigung. Dabei ist die physiologische Begleiterscheinung des psychischen Ekelgefühls eine zwingende. Denn sie ist verbunden mit der mechanischen Impotenz eines weiteren Imports. Dies wird in folgender Tabelle illustriert.

I. Genuß	II. Genußsucht = Appetit	III. Ekel Gegensatz:
A. I. 1. Geschmacks-Sinn		Ekelgeschmack, dégoût
2. Geruchs- Sinn		Uebelkeit
3. Tast- Sinn		Ekel, Abscheu
II. 4. Seh- Sinn		Ekelhaftigkeit
III. 5. Abwechslung		Ueberdruß
B. **App.** = Genußsucht		Ekel
C. Sättigung		Uebersättigung. Das Verleiden.

[3]) Diät und diätetische Behandlung vom Standpunkte der Vitaminlehre und vom Standpunkte der Lehre der diätetischen Küche. Arch. f. Verdauungskrankh., 1914, Bd. XX, H. 2. S. 207/208.

[4]) Die Pathologie des Appetits. Die Hyperorexie. Anorexie und Parorexie. Arch. f. Verdauungskrankh., 1914, Bd. XX. H. 4, S. 471

[5]) Hans Hennig, „Der Geruch". Ztschr. f. Psychol. 1915. Bd. 1..

[6]) siehe [3]).

(Schluß folgt.)

II. Referate.

Chirurgie und Gynäkologie.

Stabsarzt Dr. V. **Hufnagel** (Namur): **Wundennachbehandlung mit Ultraviolettlicht.** (Deutsche med. Wochenschr., 1915, No. 3.)

Verf. hat bei schwierigen, schlecht heilenden großen Wundflächen mit ausgezeichnetem Erfolg die Bestrahlung mit der Quarz-Quecksilberdampflampe („künstliche Höhensonne") angewendet. Schon nach 5—6 Bestrahlungen reinigen sich die Wundflächen, trocknen ein und heilen unter Bildung einer weichen, zarten Narbe. Ferner tritt eine wesentliche Besserung des Allgemeinbefindens ein, namentlich bei Kräfteverfall infolge von Blutverlust und langdauernden Eiterungen; Appetit und Schlaf kehrt wieder, die Schmerzhaftigkeit nimmt ab.

Dr. **Ernst Ruge** (Frankfurt a. O.): **Erfahrungen an den 22 ersten Fällen von vaginalen Operationen in parametraner Leitungsanästhesie.** (Münch. med. Wochenschr., 1914, No. 51.)

Die Lokalanästhesie hat bisher in die operative Gynäkologie sehr wenig Eingang gefunden, und zwar nur bei kleineren Eingriffen. Verfasser führt nun seit einigen Jahren auch größere Eingriffe, wie Uterusexstirpationen, vaginale Myotomien, unter Lokalanästhesie aus und berichtet über seine dabei gewonnenen Erfahrungen. Die Methode besteht in der Injektion einer genügend großen Menge einer 1—2 prozentigen Novokainlösung (mit 5 Tropfen 1 prom. Suprareninlösung auf 100 ccm). Eine lange Rekordnadel wird rechts und links vom Uterus am höchsten Punkt des Scheidengewölbes etwas nach außen eingestochen, und zwar zunächst 5—7 cm tief, wobei man darauf achtet, ob aus der Nadel Blut ausläuft. Es geschieht dies sehr selten, wenn man die Nadel langsam einsticht. Kommt aber aus der Nadel Blut, so zieht man die Nadel ein wenig zurück und schiebt sie in etwas geänderter Richtung wieder vor, bis sie die notwendige Tiefe erreicht hat. Man setzt dann die 10 cm-Rekordspritze auf den Konus der Nadel auf und injiziert unter langsamem Zurückziehen der Nadel den Inhalt der Spritze. Je nach der Größe des Uterus spritzt man 6—15 ccm der Lösung auf jeder Seite ein. Die Anästhesie tritt 20—25 Minuten nach erfolgter Einspritzung ein. Zuerst wird die Portio, dann das ganze Scheidengewölbe, dann der Blasengrund, zuletzt werden die Adnexe, das Corpus uteri und ein Teil des Mastdarms anästhetisch. Nicht von der Anästhesie betroffen wird der Scheideneingang mit Klitoris, die Vulva und der Anus. Will man das Eintreten der Anästhesie beschleunigen, so spritzt man noch zwischen Uterus und Blase an 2—3 Stellen je 1—2 ccm 1—2 cm tief ein, sowie unter die hintere Scheidengewölbeschleimhaut einige Kubikzentimeter ganz oberflächlich. Die Dauer der Anästhesie ist ziemlich erheblich, so daß man damit große Operationen ausführen kann. Verf. hat die Methode angewendet bei 19 vaginalen Totalexstirpationen des Uterus, darunter 10 wegen Zervixkarzinom, 2 wegen Corpuskarzinom, 1 wegen interstitiellem Myom, ferner bei 2 Vesicifixationen und bei einer Vaginofixation. In 21 von den 22 Fällen war die Anästhesie während der ganzen Dauer der Operation ausreichend, in 14 Fällen war sie absolut, in 6 Fällen klagten die Frauen über Schmerzen bei bestimmten Handgriffen, fast stets nur bei Ligatur der Tuben oder bei der Ligatur des Lig. latum. Sämtliche Kranken bekamen am Abend vor der Operation 0,5 g Veronal, 1 Stunde vor dem festgesetzten Beginn des Eingriffs 0,01 g Morphium subkutan, nur eine Kranke außerdem noch 0,5 mg Skopolamin. Nur in einem Fall versagte die Methode, so daß zur Narkose geschritten werden mußte. Nachteilige Wirkungen der Methode wurden nicht beobachtet, auch keine Störungen im Wundverlauf. Ein Fall (eine sehr ausgeblutete Kranke mit ulceriertem Portiokarzinom und myomatösem Uterus) endigte am 6. Tage tödlich infolge von Darmlähmung und Herzinsuffizienz. In den Fällen, in denen eine entzündliche Infiltration der Parametrien vorlag, wandte Verf. die Novokainanästhesie nicht an, aus Furcht vor einer Keimverschleppung. Die parametrane Leitungsanästhesie empfiehlt Verf. vor allem bei vaginalen Uterusexstirpationen an kachektischen, ausgebluteten Frauen, denen man eine einstündige Narkose nicht zumuten darf.

Ophthalmologie.

Dr. med. **Bernoulli** (Stuttgart): **Zur ambulanten Behandlung äußerer Augenkrankheiten.** (Münch. med. Wochenschrift, 1915, No. 3.)

Verf. beschäftigt sich in der vorliegenden Arbeit mit der Bedeutung des Noviform für die Augentherapie. Vor allem ist die Noviformsalbe bei der squamösen und ulcerösen Form der Blepharitis angezeigt. Blepharitisfälle, welche vorher längere Zeit ohne

Erfolg mit weißer bezw. gelber Quecksilbersalbe und Borwasser behandelt worden waren, besserten sich sofort, nachdem mit der Noviformbehandlung begonnen wurde. Die Behandlung gestaltet sich folgendermaßen. Da fast bei jedem Fall von Blepharitis die Conjunctiva beteiligt ist, muß der Kranke 2—3 mal täglich die Augen mit Zinklösung (Zinc. sulfuric. 1,0, Aq. foenicut. 20, Aq. destill. ad 500) baden. Handelt es sich um die ulceröse Form der Blepharitis mit Krustenbildung, so empfiehlt es sich, den Zinkbädern ein Augenbad von warmem Kamillenaufguß voranzuschicken. Sodann folgt die Lidreinigung und Salbenmassage mit 5—10 proz. Noviformvaseline, 2—3 mal täglich. Bei der Blennorrhoea neonatorum läßt Verf. die 10 proz. Noviformsalbe nach Argentumtouchierungen bezw. Protargolinstillationen und Spülungen mit Hydr. oxycyan. einstreichen und hat seither keine Hornhautulcerationen mehr gesehen. Gesichtsekzeme bei gleichzeitig bestehender ekzematöser Conjunctivitis verschwanden schnell bei Gebrauch von 20 proz. Noviformsalbe. Auch nach Entfernung von Hornhautfremdkörpern empfiehlt Verf. zur Verminderung der Infektionsgefahr eine 3—10 proz. Noviformsalbe einzustreichen. Bei Ulcus corneae serpens konnte Verf. in zwei Fällen durch 2 malige Aetzung mit Karbolsäure und nachfolgender Noviformbehandlung Heilung mit voller Sehschärfe erzielen. R. L.

Pharmakotherapie.

Professor **Wechselmann** (Berlin): **Ueber Salvarsannatrium.** (Münch. med. Wochenschrift, 1915, No. 6.)

Verf. gibt folgende Anweisung für die Herstellung der Salvarsannatriumlösung. In einem sterilen Erlenmeyerkölbchen wird Salvarsannatrium in 0,4 proz. Kochsalzlösung aufgelöst, und zwar im Verhältnis 1:100. Die Kochsalzlösung muß aus frisch destilliertem Wasser und chemisch reinem Kochsalz bereitet werden und ist zwecks Sterilisation stark aufzukochen. Das Salvarsannatrium darf erst nach dem Erkalten der Lösung zugesetzt werden. Die fertige Salvarsannatriumlösung wird mit Hilfe eines Glastrichters durch etwas Verbandwatte nochmals filtriert, die zuvor in 0,4 proz. Kochsalzlösung gekocht wurde. Kolben, Mensuren und sonstige Geräte sind bei 120° trocken zu sterilisieren; sie sind dabei mit Glasdeckeln und nicht mit Verbandwatte zu bedecken, um das Hineinfallen von Wattestaub zu vermeiden. Die von Verf. angewandte Einzeldosis beträgt im allgemeinen 0,3—0,45 g; er empfiehlt die intravenöse Injektion. Konzentrierte Lösungen, subkutan (epifascial) bezw. intramuskulär injiziert, werden meist anstandslos vertragen; vereinzelt traten aber kleine Nekrosen auf.

Dr. **Georg L. Dreyfus** (Frankfurt a. M.): **Salvarsannatrium und seine Anwendung in der Praxis.** (Münch. med. Wochenschr., 1915, No. 6.)

Das Salvarsannatrium ist chemisch genau dasselbe Präparat in fester Form, welches bisher durch Alkalisierung des Salvarsans selbst hergestellt werden mußte. Salvarsannatrium ist ein gelbliches Pulver, das ohne weiteres auch in kühlem Wasser löslich ist. 0,3 g Salvarsannatrium entsprechen 0,2 g Salvarsan. Beim Gebrauch löst Verf. das Salvarsannatrium in bidestilliertem, sterilem Wasser — ohne Zugabe von 0,5 Proz. Kochsalz —, und zwar jede Dosis, 0,15—0,75 g in 30 ccm Wasser. Verf. wandte das Salvarsan bisher hauptsächlich bei luetischen Erkrankungen des Zentralnervensystems an; die Einzeldosis betrug selten mehr als 0,45 g. Bei ausschließlicher Salvarsanbehandlung gab Verf. in der Woche bis zu 3 mal 0,45 g Salvarsannatrium; bei Kombination mit Quecksilber (Ol. cinereum) niemals mehr als 2 mal 0,45 g Salvarsannatrium. Die Gesamtdosis bei einer Kur betrug 4—7½ g Salvarsannatrium innerhalb 6—8 Wochen. Das Salvarsannatrium kann auch unbedenklich ambulant angewendet werden, wie Verf. in 100 Injektionen erprobte. Es empfiehlt sich dann, die Injektion in den Abendstunden zu machen. Zur Lösung des Salvarsannatriums benutzt Verf. selbstdestilliertes Wasser, welches er in einem aus reinem Quarzglas hergestellten Destillationsapparat gewinnt. Zur Injektion benutzt er eine 30 ccm-Spritze aus Jenaer Glas, welche vor dem Gebrauch 10 Minuten lang in destilliertem Wasser ausgekocht wird (mit der Platiniridiumnadel). Das Wasser tropft direkt aus dem Destillationsapparat in die Spritze. Das Salvarsannatrium wird hinzugegeben und löst sich sofort auf; aus der Tube darf es erst unmittelbar vor der Lösung entnommen werden, weil bei längerer Berührung des Salvarsannatriums mit der Luft toxische Oxydationsprodukte entstehen. Verf. macht die Einspritzungen nur intravenös. Einschließlich aller Vorbereitungen nimmt eine Injektion von Salvarsannatrium 20 Minuten in Anspruch. Nach Verf. kann auch der Allgemeinpraktiker das Salvarsannatrium anwenden. Werden alle Kautelen befolgt, so erlebt man keinerlei Nebenerscheinungen.

Dr. **B. Lewinsohn** (Altheide i. Schl.): **Valamin bei Herzkranken.** (Münch. med. Wochenschr., 1915, No. 4.)

Verf. hat das Valamin, eine Verbindung von Valeriansäure mit Amylenhydrat, als Sedativum bei Herzkranken mit Erfolg benutzt. Zunächst ließ sich bei den reinen Herzneurosen durch Valamin eine Herabsetzung der allgemeinen Erregbarkeit und speziell jener der Herznerven erzielen mit dem Erfolg, daß die Palpitationsanfälle und die diese begleitenden Angstzustände unterdrückt wurden. Zwei Perlen (à 0,25 g) genügen in der Regel dazu, nur ausnahmsweise mußte eine dritte gegeben werden, nur selten war nach 2—3 stündiger Pause eine Wiederholung der Gabe notwendig. Ferner bewährte sich Valamin bei der Agrypnie der Herzkranken. In leichten Fällen von Insuffizienz, ferner in dem Anfangsstadium der Sklerose bewirkt Valamin einen ausreichenden Schlaf, zum mindesten eine Beruhigung. Auch in leichten Fällen von Angina pectoris sah Verf. recht befriedigende Resultate. Bei schweren Fällen von Angina pectoris und kardialem Asthma leistet Valamin insofern Dienste, als es in Kombination mit Morphium oder Pantopon gestattet, die Dosis des Opiats herabzusetzen. In manchen Fällen, jedoch ziemlich selten, tritt kürzere Zeit nach dem Einnehmen Aufstoßen ein. Andere Nebenwirkungen beobachtete Verf. nicht.

Prof. Dr. **F. Umber** (Charlottenburg): **Karamose (Merck) für Diabetiker und Kinder.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1915, No. 7.)

Unter Karamel versteht man ein Gemisch von braunen Polymerisationsprodukten des Zuckers, die durch starkes und längerdauerndes Erhitzen desselben gewonnen werden. Grafe hat vor 1½ Jahren über Versuche berichtet, Karamel für die Ernährung von Diabetikern zu verwerten, und auf seine Veranlassung bringt die Firma Merck neuerdings Traubenzuckerkaramel unter der Bezeichnung Karamose in den Handel. Karamose enthält höchstens noch Spuren von Dextrose und ist praktisch als zuckerfrei zu betrachten. Verfasser hat dieses Präparat bei einer Anzahl von Zuckerkranken verwendet und ist mit den Ergebnissen im allgemeinen zufrieden. Er hat es u. a. in Form von Crème, Puddings gegeben. Karamosecrème wird folgendermaßen hergestellt: 50 g Karamose werden mit 200 g Sahne und etwas Vanille aufgekocht, dann mit zwei gut verrührten Eigelben gut durchmischt, auf dem Warmbad zu crèmeartiger Konsistenz eingeengt und mit einigen Tropfen einer 20 proz. Kristallsaccharinlösung versetzt. Durch Zusatz von 2 Tafeln Gelatine erhält man einen Karamose-Pudding. Auf Grund seiner Erfahrungen (einige Fälle teilt Verf. mit) betrachtet er die Karamose als eine wertvolle Bereicherung der Diätetik bei allen Formen von Diabetes. Bei leichten und mittelschweren Fällen kann sie in Mengen von 50—100 g pro die unbedenklich und mit kalorischem Nutzen dargereicht werden. Bei schweren Fällen muß stets erst geprüft werden, wie sie im Einzelfall vertragen wird. Zeigt sich dabei, daß sie nicht glykosuriesteigernd wirkt, so kann auch ein vorsichtiger Versuch mit einseitigen Karamosetagen gemacht werden; am besten in der Form, daß die Karamose stickstoffarmen Hunger- oder Gemüsetagen — in Tagesmengen von 100 g, jedenfalls nicht mehr als 150 g — zugefügt wird. — Bei Kindern bewährte sich die Karamose als mildes Laxans zur Regelung von Verdauungsstörungen, in erster Linie bei dyspeptischen, rachitischen, spasmophilen oder ernährungsgeschädigten Kindern und Säuglingen. Es wird dann Karamose in Mengen von 5 g der jedesmaligen Tee- oder Schleimportion zugesetzt. Die Kinder nehmen die Karamose in dieser Form sehr gern, es stellen sich dabei sehr gute dünnflüssige, dunkelbraune, homogene Entleerungen ein, ohne Zeichen von Gärung. Koliken oder irgendwelche sonstige unerwünschte Nebenwirkungen traten niemals auf. R. L.

III. Bücherschau.

Mutterpflichten gegen die Ungeborenen. Eine Mahnung zur Bevölkerungserneuerung nach dem Kriege. Von Dr. **M. Vaerting.** Berlin 1915, Concordia, Deutsche Verlagsanstalt. 76 S. 0,75 M.

Durch den Krieg, der gerade die gesundesten und zeugungskräftigsten Männer am meisten mit der Gefahr des Todes oder dauernder Gesundheitsschädigung bedroht und Erbmassen von höchstem Werte vernichtet, ist die Frage der Heranzüchtung einer tüchtigen und an Zahl genügenden Nachkommenschaft mehr als je von Bedeutung für unser Volk geworden. Vorliegende Schrift will einen Beitrag zu dieser Frage liefern. Der Verfasser wendet sich an weitere Volkskreise und bespricht die Faktoren, von denen die Erzeugung einer körperlich und geistig möglichst hochstehenden Nachkommenschaft abhängt. Notwendige Vorbedingung ist natürlich die körperliche und geistige Gesundheit beider Eltern, insbesondere das Freisein

von Geschlechtskrankheiten. Aber dies genügt nach Verfasser nicht, um eine tüchtige Nachkommenschaft zu sichern; es kommen noch andere Momente hinzu. Die größte Wichtigkeit mißt Verfasser dem Lebensalter beider Erzeuger bei. Der Mann soll bei Eingehen der Ehe in möglichst jugendlichem Alter stehen (Anfang der Zwanziger), die Frau soll womöglich um einige Jahre älter sein; unter dieser Bedingung besteht nach Verf. die meiste Aussicht auf eine in jeder Hinsicht treffliche Nachkommenschaft. Der Verfasser hat diese Lehre schon in einer vor 2 Jahren erschienenen, an dieser Stelle (Jahrgang 1913, S. 541) besprochenen Schrift aufgestellt. Zur Begründung seiner Theorie führt er eine Anzahl Beispiele an, wonach bei den Eltern von hervorragenden Genies ein derartiges Altersverhältnis bestand. Eine Lehre von so umwälzender Bedeutung müßte aber doch wohl überzeugender begründet werden; die Statistik ist hier unentbehrlich. Auch sonst findet sich manches Anfechtbare und Hypothetische in der Schrift, worauf im einzelnen einzugehen der Raum mangelt. Es möge immerhin anerkannt werden, daß die Befolgung der von Verfasser gegebenen Ratschläge sicher keinen Schaden stiften wird und daß man seinen hygienischen Vorschriften des Verhaltens der Ehegatten vor und während der Zeugung, bei der Schwangerschaft der Frau usw. im allgemeinen zustimmen kann.

Die Erkennung und Verhütung des Fleckfiebers und Rückfallfiebers. Von Generaloberarzt Prof. Dr. **L. Brauer** (Eppendorf). Nebst Vorschriften zur Bekämpfung der Läuseplage bei der Truppe. Von k. u. k. Regimentsarzt Dr. Julius Moldovan. Zweite, ergänzte Auflage. Würzburg 1916, Curt Kabitzsch. 43 S. 1,50 M.

Wir haben diese Schrift bei ihrem ersten Erscheinen vor einigen Monaten hier angezeigt. In der neuen Auflage, welche nach weniger als sechs Monaten notwendig wurde, hat der Herausgeber die inzwischen gewonnenen, in der Literatur niedergelegten Erfahrungen der Darstellung einverleibt; der Umfang des Textes ist hierdurch um 10 Seiten gestiegen. Auch die Zahl der Tafeln und Textabbildungen wurde vermehrt. So wird die Schrift in ihrer jetzigen Gestalt ihrem Zweck, den deutschen Aerzten die Kenntnis insbesondere des Fleckfiebers zu vermitteln, in erhöhtem Maße gerecht. R. L.

IV. Tagesgeschichte.

Standesangelegenheiten, Medizinal-Gesetzgebung, soziale Medizin etc.

Berlin. Nach einem Ministerialerlaß ist den beim Feldheer vertraglich verpflichteten **Zivilärzten**, die nach ihrem Vertrag bei längerer Dienstbehinderung durch Krankheit keinen Anspruch auf die vertragliche Vergütung haben (§ 616 des BGB.), in solchen Fällen vom ersten Tage der Behinderung ab für deren Dauer ein Tagegeld von 18 M. zu zahlen, solange der Vertrag besteht. Bei Dienstbehinderung durch Krankheit von verhältnismäßig kurzer Dauer, d. i. bis zu 14 Tagen, wird die vertragliche Vergütung weitergezahlt.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Prof. Dr. v. Schjerning erhielt anläßlich der zehnten Wiederkehr des Tages (10. Dezember), an welchem er 1905 an die Spitze des preußischen Sanitätsoffizierkorps gestellt wurde, ein seine großen Leistungen warm anerkennendes Glückwunschtelegramm des Kaisers.

— Unserem langjährigen Mitarbeiter Herrn Sanitätsrat Dr. Adler, der seit Kriegsbeginn als Chirurg an mehreren Lazaretten unermüdlich tätig ist, ist als Anerkennung für sein ersprießliches Wirken das Eiserne Kreuz 2. Kl. am weiß-schwarzen Bande verliehen worden.

— Der Geh. Sanitätsrat Dr. O. Rothmann, Ehrenmitglied des Vereins für innere Medizin und Kinderheilkunde, Vater des ihm vor wenigen Monaten im Tode vorausgegangenen Neurologen Prof. Max Rothmann, ist im 81. Lebensjahre gestorben.

Halle a. S. Nach längerem Leiden starb in Hamburg, wohin er sich nach seiner Emeritierung zurückgezogen hatte, der frühere Inhaber des hiesigen Lehrstuhles der Hygiene, Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Carl Fraenken. Er war 1861 als Brudersohn des vor einigen Jahren verstorbenen Laryngologen Bernhard Fraenkel — erst vor wenigen Jahren bewirkte er die Umwandlung seines Familiennamens in Fraenken — geboren, nach Beendigung seiner Studien 1885 als Assistent in das soeben gegründete, damals von Robert Koch geleitete Berliner Hygienische Universitätsinstitut eingetreten und hatte sich 1888 in Berlin habilitiert. Fraenken hat seinerzeit den ersten brauchbaren Grundriß der Bakterienkunde verfaßt; später gab er mit R. Pfeiffer einen Atlas der Bakterienkunde heraus. In der Folge hat er noch eine große Zahl von Einzelarbeiten aus der speziellen Bakteriologie veröffentlicht, die diese Disziplin in mannigfaltiger Weise bereicherten. 1889 wurde er außerordentlicher Professor der Hygiene in Königsberg, 1891 wurde er als Nachfolger Rubners Ordinarius in Marburg und von dort 1895 nach Halle a. S. versetzt, wo er bis zum vorigen Jahre gelehrt hat.

Düsseldorf. Der bekannte Pharmakologe Prof. Dr. Heinrich Dreser ist zum Mitglied der hiesigen Akademie für praktische Medizin ernannt worden. Er kehrt damit wieder zur akademischen Lehrtätigkeit zurück — 1890—1897 hatte er als Dozent in Tübingen, Bonn und Göttingen gewirkt —, die er seinerzeit aufgegeben hatte, um das wissenschaftlich-pharmakologische Laboratorium der Farbenfabriken vorm. Fr. Bayer in Elberfeld (jetzt in Leverkusen) zu leiten, eine Stellung, die er bis 1914 bekleidete. Vorübergehend hat er dann noch 1914 in Lüttich im dortigen Laboratoire de Thérapeutique expérimentale gearbeitet.

Wien. Dr. O. Beck hat sich für Augenheilkunde habilitiert.

— Durch Vermittelung des Schwedischen Roten Kreuzes ist der soeben mit dem medizinischen Nobelpreis gekrönte Privatdozent der Otiatrie Dr. Robert Bárány aus der russischen Kriegsgefangenschaft freigelassen worden.

Petersburg. Der hervorragende Pädiater Prof. Dr. Karl Rauchfuß ist im Alter von 80 Jahren gestorben. Er hat mehrere Abschnitte von Gerhardts Handbuch der Kinderkrankheiten bearbeitet; viele seiner Einzelaufsätze sind in angesehenen deutschen Zeitschriften erschienen.

New York. Im Alter von 67 Jahren starb in Saranac Lake im Staate New York Dr. Edward Livingstone Trudeau, der als Erster in Amerika 1884 eine Volksheilstätte zur Behandlung der beginnenden Lungentuberkulose ins Leben rief. Er hat auch eine Reihe von Experimentalstudien aus dem Gebiet der Tuberkulose veröffentlicht.

Verschiedenes.

Berlin. Die Firma Albert Osterwald in Leipzig hat für Einarmige, Arm- und Handverletzte einen **Arbeitstisch** konstruiert, bei dem durch Betätigung eines Pedals ein System von Klammern und Haltern alles das ausführt, was sonst die zweite Hand zu tun hatte. Dadurch ist der Invalide in den Stand gesetzt, jede Bureauarbeit mit einer Hand genau so gut zu erledigen wie ein Zweiarmiger. Die zugehörigen Hilfsgeräte sind auch einzeln käuflich; sie lassen sich an jedem Arbeitstisch anbringen.

Wien. Hier ist kürzlich die **Reichsanstalt für Säuglingsschutz** (Leiter: Dozent Dr. Moll) in Betrieb gesetzt worden. In ihr sollen Pflegeschülerinnen, Säuglingsfürsorgerinnen und -Pflegerinnen ausgebildet werden. Auch dient sie als Wohlfahrtsanstalt für mutterlose Säuglinge, die der Brustnahrung entbehren.

Warschau. Zur **Verhütung der Ausbreitung von Geschlechtskrankheiten** ist von der deutschen Zivilverwaltung in Polen bestimmt worden, daß jede Frauensperson, auch Nicht-Prostituierte, die mit Männern (Zivil- und Militärpersonen) geschlechtlich verkehrt, obwohl sie weiß, daß sie geschlechtskrank ist, mit Gefängnis von zwei Monaten bis zu einem Jahr bestraft wird.

V. Amtliche Mitteilungen.

Bekanntmachung.

Das Tetanus-Serum mit der Kontrollnummer 226, geschrieben „Zweihundertsechsundzwanzig", aus den Behringwerken in Marburg ist wegen Mangels an Keimfreiheit zur Einziehung bestimmt.

Flaschen mit dieser Kontrollnummer dürfen hinfort nicht mehr in den Apotheken abgegeben werden und können nach der Vereinbarung mit dem Laboratorium bei kostenfreier Einsendung kostenlos gegen einwandfreies Serum eingetauscht werden.

Berlin, den 16. Dezember 1915.

Der Polizeipräsident.
I. A.: Schlegtendal.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: San.-Rat Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil: S. Caspari, Berlin-Schöneberg.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW. 68, Alexandrinenstraße 110.

85. Jahrgang **Berlin, 15. Januar 1916** **No. 3**

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Steinplatz 105 56

85. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Das Utilitäts-Prinzip der Diät und das Genuss-Prinzip der Küche.

(Schluß.)

Von

Wilhelm Sternberg (Berlin).

IX. Daher ist es Aufgabe von Küche und Keller, nicht bloß für den Genuß und für die Genußsucht zu sorgen, sondern auch das Gegenteil von Genuß zu verhüten und das Gegenteil von Genußsucht zu vermeiden. Die Prophylaxe des Ekels ist eine dritte Aufgabe der Küche. Die Küche hat die Aufgabe, keinen einzigen Faktor des Genusses oder der Genußsucht in Ekel übergehen zu lassen. Demnach sind die Aufgaben von Küche und Keller dreifache:

1. Bereitung von Genuß mit allen seinen Faktoren,
2. Unterhaltung von Genußsucht,
3. Prophylaxe von Ekel mit all den Faktoren.

X. Das Verhältnis von Genuß und von dem Gegenteil, von dem Ekel, zur Gesundheit und Krankheit geht am besten hervor, wenn man sich folgende zwei Tatsachen stets gewärtig hält.

a) Der Genuß gehört zum Leben und zur Gesundheit. Gesundheit ist nicht etwa bloß Abwesenheit von Krankheit. Zur Gesundheit und zum Wohlsein gehört auch Wohlbefinden.

b) Ekel, der Gegensatz von Genuß, ist zwar noch nicht die Krankheit, die Gesundheits*zerstörung*, sondern bloß das Krankheits*gefühl*, die Gesundheits*störung*.

Dem innersten Wesen nach ist der Ekel der höchste Grad der Appetitlosigkeit und nach der einen Richtung bis zum wahren Brechreiz steigerungsfähig. Seine Abstufung nach der anderen Richtung hin ist die Uebelkeit. Deshalb sagt man auch, „es schmeckt übel", „der Geruch ist übel". „Bis zur Erzeugung von Uebelkeit steigert sich der schlechte Geschmack [7]."

Die Uebelkeit ist in ihren Grundursachen ebenso wie der Ekel von den medizinischen Wissenschaften bisher nicht erforscht worden. Weder die Physiologie, noch die Psychologie oder die Klinik gedenkt dieser Begriffe. Nicht einmal mit der Neigung zum Erbrechen oder mit der Abneigung gegen die Nahrungsaufnahme, also mit der Appetitlosigkeit, sind diese Gefühle des Ekels und der Uebelkeit je in Zusammenhang gebracht worden. Dagegen ist auch auf diesem Gebiete die praktische Jurisprudenz der praktischen Medizin zuvorgekommen. Denn die Rechtswissenschaft hat bereits den Ekel und auch die Uebelkeit mit der Nahrungsaufnahme in Verbindung gebracht. Ich [8]) habe schon darauf hingewiesen. Das Reichsgericht bringt dies im Urteil vom 25. März 1894 zum Ausdruck. Ausführlich geht ebenfalls das Urteil [9]) des vierten Senats vom 8. Dezember 1893 (3552. 93) darauf ein und erörtert sogar die Abgrenzung der Uebelkeit von der Gesundheitsschädigung:

„Der erste Richter nimmt an, daß schon in der Erregung der *Uebelkeit* ohne wirkliches Erbrechen eine Gesundheitsstörung zu finden sei. Unter „Gesundheitsstörung" versteht das Instanzgericht offenbar, wie auch die Schlußfeststellung ergibt, eine *Beschädigung* der Gesundheit. Gegen die Auffassung der Vorinstanz sind *rechtliche* Bedenken nicht zu erheben. Allerdings hat das Reichsgericht sich dahin ausgesprochen, daß nicht *alles Ekelhafte* notwendig auch als gesundheitsschädlich anzusehen sei. Daß aber in einem körperlichen Zustand, der im gewöhnlichen Leben als „*Uebelkeit*" bezeichnet wird und in einer anormalen *Neigung zum Erbrechen* besteht, doch ein Zustand krankhafter Beeinträchtigung der Gesundheit gefunden werden kann, ist rechtlich unbedenklich. Daraus folgt, daß, wenn ein Nahrungsmittel nach *seiner objektiven Beschaffenheit* geeignet ist, bei demjenigen, der es genießt, *Uebelkeit* und *Erbrechen* hervorzurufen, es auch geeignet erachtet werden kann, die Gesundheit zu beschädigen. Die Revision des Angeklagten ist verworfen."

Das Wort „Uebel" steht sprachlich in Wurzelgemeinschaft mit „Ueber" und bedeutet in mathematischem Sinne die Richtung, das Hinaustreten über die Schranken, die gewissen Verhältnissen gezogen sind, wie dies z. B. in technischen Bezeichnungen „Ueberempfindlichkeit" u. a. m. zum Ausdruck kommt. Deshalb bedeuten dieselben Worte, die Ekel, Brechneigung und Uebelkeit bezeichnen, zugleich auch das Uebermaß und den Ueberdruß, aus denen heraus sich das Ekelgefühl entwickelt. So bedeutet auch in der griechischen Sprache δυσχέρεια Ekel, zugleich aber auch Ueberdruß. Ebenso bezeichnet taedium Ekel, Brechneigung, aber auch Ueberdruß.

---

[7]) „Die Alkoholfrage im Lichte der modernen Forschung." S. 48. Leipzig 1909.

[8]) „Appetit und Appetitlichkeit in der Hygiene und in der Küche." Zeitschr. f. physik. u. diät. Therapie, Bd. 13. 1909/1910. — Zentralbl. f. Physiol. Bd. 23, Nr. 10, S. 18. — „Kochkunst und Heilkunst." S. 24. Leipzig 1906.

[9]) „Strafsenat des Reichsgerichts." Jurist. Wochenschr., 1894, S. 35., Nr. 8.

Ovid[10]) sagt:
„Werde zum Ueberdruß dir nicht die verdrießliche Krankheit,
Und mit eigener Hand leist' ihr, so viel sie erlaubt!
Weinen sehe sie dich, und ermüd' auch nicht, sie zu küssen.
Nec tibi morosi veniant fastidia morbi
Nec taedeat oscula ferre."

Es bewirkt nämlich alles Uebermaß tatsächlich Ueberdruß, Uebelkeit, Ekel und Brechneigung.

All das geht hervor aus folgender Tabelle.

Die Küchenwissenschaft ist nicht etwa bloß angewandte Chemie und Physik oder gar angewandte Wärmelehre[11]). Vielmehr ist die Technologie der Küche angewandte Sinnesphysiologie, angewandte Aesthetik und angewandte Psychologie, wie ich das mehrfach bewiesen habe.

Gesundheit	Gesundheits-Störung	Gesundheits-Zerstörung
I. Genuß	Gegensatz: = Ekel	
	III. Prophylaxe von Ekel. Nausea. Taedium Krankheits-Gefühl, Uebelkeit, das Leiden	Krankheit
II. Genußsucht = Appetit Leidenschaft Passion	Gegensatz: = Ekel	
A. 1. Geschmacks-Sinn	Gegensatz: dégoût Ekelgeschmack = Ekel	
2. Geruchs- Sinn	Gegensatz: „Uebelkeit" (übler Geruch od. „tetri", „nauseosi" = Ekel	Uebel
3. Tast- Sinn		
B. 4. Seh- Sinn (Appetitlichkeit)	Gegensatz: Unappetitlichkeit = Ekelhaftigkeit = Ekel	
5. Abwechselung	Gegensatz: Widerwille, Ueberdruß = Ekel	
C. 1. App. = Genußsucht, Wille zu essen = Leidenschaft = Passion	Gegensatz: Ekel = Ekel	Das Leid
2. Sättigung	Gegensatz: Uebersättigung, Verleiden = Ekel	

II. Referate.

Innere Medizin

Dr. **Emil Flusser**, Assistenzarzt am Militärbeobachtungsspital Mährisch-Weißkirchen No. 1: **Ueber Psychosen beim Kriegstyphus.** (Wiener med. Wochenschr., 1915, No. 39.)

Das Vorkommen von Geistesstörungen im Anschluß an akute Infektionskrankheiten läßt an zwei Möglichkeiten denken, die als Entstehungsursache für die psychische Erkrankung angesehen werden können: Entweder ist es die durch die Infektionskrankheit hervorgerufene Schwächung des Gesamtorganismus, welche den Ausbruch der Psychose begünstigt, oder es ist die Psychose eine durch das spezifische Virus selbst direkt bewirkte Krankheitserscheinung. Verf. berichtet über 24 Fälle von Psychosen beim Kriegstyphus. Gemeinsam war fast in allen Fällen ein gutartiger Verlauf. Gewöhnlich dauerte die Geistesstörung einige Wochen. Mit der fortschreitenden Kräftezunahme und Wiederherstellung des Kranken verging auch die Geistesstörung vollständig. Die Anamnese ergab in keinem Fall Anhaltspunkte für hereditäre oder familiäre Belastung. Eine zusammenfassende Betrachtung der Fälle ergibt, daß das häufigste Bild der Psychose in der Typhusrekonvaleszenz — die ersten 10 Fälle — gekennzeichnet war durch Festhalten an deliranten Erlebnissen mit Konfabulationen oder pathologischen Einfällen, die während des Fiebers geäußert worden waren, eine Erscheinung, wie wir sie ähnlich als fixierten Wahn von Korsakow-Fällen her kennen. Auffallend war, daß besonders häufig nur eine einzige Wahnidee geäußert wurde, deren Inhalt dann gewöhnlich dem Kriegsleben entnommen war. Im Fall 11 handelt es sich um einen „epileptiformen Erregungszustand", wie ihn Bonhoeffer zu den exogenen Schädigungstypen rechnet. Die sinnlose Zerstörungswut, der Inhalt der Delirien, sind dafür charakteristisch. In den folgenden zwei Fällen, 12 und 13, ist die Verwirrtheit im Vordergrunde der Erscheinungen. Sie führt im Fall 12 zu stereotypen Konfabulationen, im folgenden Fall zu stereotypen Fluchtversuchen. Fall 14 zeigt krankhafte Verstimmung, Fall 15 krankhaften Stimmungswechsel, dabei aber auch Anklänge an einen deliranten Zustand mit motorischer Erregung, der in den Fällen 16 und 17 ganz ausgesprochen ist. In Fall 18 sehen wir einen Uebergang von Depression zu Stumpfheit mit kindischem Wesen. Bei allen folgenden Fällen finden wir diese Verstumpfung mit besonders auffälligem Nachlassen der ethischen Gefühle wieder; im Fall 19 spielen auch Konfabulationen paranoiden Inhalts mit, in diesem Falle sowie in den Fällen 20 und 21 erklären sich die Diebstähle aus dieser psychischen Stumpfheit. Fall 22 ist als einfache psychische Verstumpfung anzusehen, in den Fällen 23 und 24 tritt das kindische Wesen besonders hervor. Nach einer mit einer Psychose komplizierten Erkrankung kamen Rezidive ohne Psychose vor. Was schließlich das Verhältnis von Typhuspsychose und Typhusrezidiv betrifft, so konnte Verf. nie beobachten, daß nach einem Rezidiv eine Psychose aufgetreten wäre, wenn nicht schon die erste Erkrankung von einer Psychose gefolgt war.

Dr. **Béla Purjesz**, klin. Assist. für interne Medizin an d. Universität Klausenburg: **Therapeutische Erfahrungen mit Glanduitrin-Tonogen, mit besonderer Berücksichtigung bei Asthma bronchiale.** (Die Therapie der Gegenwart, Oktober 1915.)

Der Umstand, daß bei Asthma bronchiale nach Adrenalinbehandlung gute Erfolge gesehen wurden, bewog Verf., einerseits mit Glanduitrin, dem Extrakte des infundibularen Teils der Glandula pituitaria, andererseits mit Adrenalin Versuche anzustellen. In erster Linie versuchte er das Glanduitrin bei Asthma bronchiale. Aber trotz intravenöser Injektion gelang es nicht, typische Anfälle von Asthma bronchiale zu sistieren. Zweimal konnte Verf. diese Tatsache beobachten. Beim zweiten Fall injizierte er nach einer Viertelstunde in die Vene des anderen Armes Adrenalin, worauf der Anfall nach zehn Minuten vollständig coupiert wurde. Auf Grund dieser Erfahrungen stellte Verf. weitere Versuche an, die sehr befriedigend waren. Das von ihm benutzte Glanduitrin-Tonogen enthält in 1 ccm 0,2 g Glandula pituitaria-Extrakt und 0,0005 g Adrenalin. Vor Einverleibung des Mittels wurde immer Blutdruckmessung, genaue Atem- und Pulszählung angestellt. Nach den intravenösen Injektionen wiederholte Verf. diese Messungen in je 2 bis 5 bis 10 Minuten. Im allgemeinen stieg nach jeder Injektion der Blutdruck rapid, ebenso die Atmung und der Puls. Der Anfall ging zurück. Der Kranke atmete ruhig, expektorierte leicht, die katarrhalischen Symptome über den Lungen verschwanden. Auf Grund seiner Untersuchungsergebnisse hält Verf. die Anwendung von Glanduitrin-Tonogen bei den verschiedenen Asthmaarten, insbesondere bei Asthma bronchiale für sehr nützlich.

Dr. **Georg Eisner**: **Wirkung des Atophans auf die Nierenfunktionen.** (Deutsch. Archiv f. klin. Med., Bd. 118, H. 2.)

In einer früheren Arbeit aus dem Jahre 1913 hat Verf. im Anschluß an Untersuchungen über die Wirkung der Kalksalze auf die Nierenfunktionen die Analogien auseinandergesetzt, die zwischen Kalksalzen und Atophan bestehen. Verf. dachte, daß auch in der Wirkung auf die Funktionen der Niere sich Analogien herausstellen könnten. Weintraud hat schon immer eine spezifische Nierenwirkung des Atophans ange-

[10]) Ovid, Ars amandi II, 325. — „Das Krankheitsgefühl" Pflügers Archiv, Bd. 134, S. 112/113.

[11]) „Diät und diätetische Behandlung vom Standpunkt der Vitaminlehre und vom Standpunkte der Lehre der diätetischen Küche." Arch. f. Verdauungs-Krankh., Bd. XX, Heft 2 (1914), S. 203.

nommen. Verf. hatte nun seinerzeit beim Abschluß der Kalkversuche erst in einem Fall die Atophanwirkung auf die Niere mit Hilfe von Funktionsprüfungen vor und nach den Atophangaben untersucht und in diesem Fall deutliche Funktionsbesserungen feststellen können. Die Versuche sind fortgeführt worden. Es stehen ihm jetzt 7 weitere Fälle, zus. also 8, zur Verfügung. In 4 Fällen wurden umfangreichere Untersuchungen neben einfacheren Funktionsprüfungen angestellt, um den Einfluß des Atophans zu erkennen, in 4 Fällen wurden nur leichter auszuführende Funktionsprüfungen durchgeführt (JK-, Milchzucker-, Farbstoffausscheidung). Die Ergebnisse, die aus den 8 Fällen vorliegen, sind nun so verschiedenartig, und teilweise sich widersprechend, daß Verf. nicht wagt, definitive Schlüsse daraus zu ziehen. Eine sichere Analogie in der Wirkung des Kalkes und des Atophans auf die Nieren ist daher nicht festzustellen. Beim Kalk fand sich eine ziemlich konstante Funktionsherabsetzung. Die Ausscheidung von Kochsalz und Stickstoff war bei Atophandarreichung in mehreren Fällen deutlich vermindert. Nach der Atophanperiode stiegen die Werte wieder an. In einigen Fällen kam es zu einer kompensatorischen Mehrausscheidung. Die Harnsäureausscheidung stieg unter Atophangaben deutlich an.

Dr. **S. Gutmann** und Dr. **L. Wolf** (Berlin): **Wie beeinflussen Aderlässe den Reststickstoffgehalt des Blutserums von Urämikern?** (Deutsches Archiv f. klin. Medizin, Bd. 118, H. 2.)

Widal (Paris) und H. Strauss (Berlin) haben zuerst die Eiweißschlackenretention im Blutserum von Nephritikern mit modernen chemischen Methoden festgestellt und die große prognostische Bedeutung dieses Symptoms richtig bewertet. Im Gegensatz hierzu besteht aber bis heute völlige Unklarheit und Meinungsverschiedenheit über die therapeutischen Indikationen, welche sich aus der Rest-N-Bestimmung im Blutserum bei Nephritikern und Urämikern ergeben. Exakte Untersuchungen, die allein Aufschluß geben könnten über die theoretisch ebenso interessante, wie praktisch wichtige Frage, wie das Verhalten des Rest-N bei Urämikern durch die verschiedenen therapeutischen Maßnahmen beeinflußt wird, finden sich in der Literatur nur sehr spärlich. Um diese Lücke auszufüllen, haben die Verff. nun an 20 urämischen Patienten der 1. inneren Abteilung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses, bei denen der klinischen Lage nach ein Eingriff angezeigt schien, 22 Aderlässe und bei einigen Patienten NaCl- oder Traubenzuckerinfusionen teils allein, teils in Verbindung mit dem Aderlaß ausgeführt. Bei allen wurde der Rest-N des Blutserums beim Beginne des Eingriffs, sowie zwei resp. drei Stunden nachher bestimmt und der klinische Erfolg des Eingriffs kontrolliert. Aus der Tabelle der Verff. geht hervor, daß, gleichgültig ob der Eingriff einen klinischen Erfolg hatte oder nicht, der Rest-N-Gehalt der Urämiker vor und nach der Behandlung nur in geringen Grenzen schwankte. Dies erscheint bei kleinen Aderlässen leicht verständlich, da hier die geringe Menge des entfernten Blutes im Vergleich zur Gesamtmenge sich kaum deutlich ausprägt und selbst leichte Steigerungen noch in den Bereich der Untersuchungsfehlerquellen fallen könnten. Auffällig dagegen wird der Befund bei großen Aderlässen von 500 ccm und noch mehr bei Maßnahmen, welche die Flüssigkeitsverhältnisse im Organismus stark verschieben mußten. Hier wurden an einen Aderlaß von 350 resp. 300 ccm intravenöse Infusionen von 250 resp. 750 ccm isotonischer Traubenzuckerlösung resp. eine subkutane Infusion von 1100 Kubikzentimeter physiologischer NaCl-Lösung angeschlossen. Auch diese Fälle brachten keine nennenswerte Herabsetzung des Rest-N-Gehalts im Serum, sondern eher noch eine leichte Steigerung. Auffälligerweile kamen solche Steigerungen des Rest-N-Gehalts verhältnismäßig oft zur Beobachtung, und zwar fanden die Verff. bei 22 Untersuchungen 14 mal Steigerungen und 8 Senkungen. Die 9 von einem Erfolg begleiteten Eingriffe zeigten sogar 6 mal Steigerungen und 3 mal Senkungen. Alle diese Veränderungen hielten sich aber in engen Grenzen, und nur 3 Fälle im ganzen zeigten eine Schwankungsbreite von mehr als 20 Prozent. Das Blutserum der Urämiker hält demnach mit großer Hartnäckigkeit seine Rest-N-Konzentration fest. Die häufige Neigung zu Steigerung des Rest-N-Gehalts im Blut nach Aderlässen läßt sich nach Verff. aus einer Ausschwemmung der retinierten Eiweißschlacken aus den Geweben in das Blutserum erklären, so daß nicht nur die alte Konzentration des Blutes wieder hergestellt, sondern sogar über das frühere Maß gesteigert wird. Es muß dann oft schon eine Entlastung der Gewebe, speziell des Zentralnervensystems, genügen, um die urämischen Symptome zum Verschwinden zu bringen. Vergleicht man die Fälle, welche eine Besserung nach den Aderlässen zeigten, so findet man, daß von einer einheitlichen Art der Nierenerkrankung bei ihnen keine Rede sein kann. Kr.

Chirurgie.

Dr. **K. Ollendorff**, z. Z. ord. Arzt am Reserve-Lazarett Fidicinstraße in Berlin: **Zur Behandlung von Brandwunden, Ekzemen und Epidermis-Defekten mit Combustin.** (Klin.-therap. Wochenschr., 1915, No. 52.)

Wismut, Alaun und Zink sind altbewährte Mittel bei der Behandlung der Brandwunden. Es beruht das auf der adstringierenden und sekretionsbeschränkenden Wirkung dieser Substanzen. Unter dem Namen Combustin wird neuerdings eine Salbe hergestellt, welche alle diese drei Komponenten in einer nach einem besonderen Verfahren gewonnenen Salbengrundlage enthält und sich daher in erster Linie zur Behandlung von Brandschäden eignet. Nach den Erfahrungen des Verf.s wirkt sie adstringierend, austrocknend, kühlend und schmerzlindernd und regt bei Epidermisverlust die Bildung einer neuen Epidermis mächtig an. In ausgedehntem Maße hat Verf. von diesen Eigenschaften bei der Behandlung von Brandwunden Gebrauch gemacht, wofür er als Belege mehrere Krankengeschichten mitteilt. Darüber hinaus aber hat er mit der Salbe auch bei nässenden Ekzemen, rissiger Haut, Intertrigo und Frostschädigungen gute Heilerfolge erzielt. Ein weites Feld der Anwendung findet endlich das Combustin bei Unterschenkelgeschwüren; selbst in Fällen, wo das Leiden schon seit Jahren bestand, führte das Mittel in verhältnismäßig kurzer Zeit einen günstigen Umschwung und, wie aus einer von Verf. mitgeteilten Krankengeschichte hervorgeht, bei genügend lange fortgesetztem Gebrauch sogar vollständige Verheilung herbei. — Was die Art der Anwendung anbetrifft, so wird die Salbe messerrückendick auf einen Mullläppen gestrichen und aufgelegt. Im allgemeinen ist der Verband täglich zu erneuern, bei stark absondernden Wunden nötigenfalls mehrmals täglich, während er andererseits in Fällen mit geringer Absonderung mehrere Tage liegen bleiben kann. L.

Dr. **F. Oeri**, Basler Heilstätte in Davos-Dorf: **Drei Fälle von extrapleuraler Pneumolyse mit sofortiger Plombierung nach Baer.** (Korresp.-Bl. f. Schweizer Aerzte, 1915, No. 43.)

Unter den verschiedenen Wegen, auf denen man der Lungentuberkulose beizukommen sucht, spielt die Kollapstherapie eine wichtige Rolle. Sie schafft gleichzeitig die beiden Hauptbedingungen zur Heilung größerer tuberkulöser Herde: Ruhigstellung und Möglichkeit narbiger Schrumpfung. Zur Erreichung dieses Zweckes dient vor allem der künstliche Pneumothorax. Man wird sich nur dann mit gutem Gewissen für den künstlichen Pneumothorax entscheiden, wenn die Erkrankung der einen Seite recht ausgedehnt, die andere Seite aber annähernd intakt ist. Das ist der erste Mangel des Verfahrens. Ferner erleben wir recht häufig, daß bei Anlegung des Pneumothorax die unteren Lungenpartien, die noch funktionsfähiges Gewebe enthalten, recht schön kollabieren, während die schwerkranken Spitzenpartien, die man vor allem treffen wollte, infolge pleuritischer Verwachsungen nicht zusammenfallen können. Ein vollständiger Kollaps, der auch die Spitze ganz mitnimmt, ist jedenfalls nicht die Regel. Und schließlich gelingt die Anlegung wegen ausgedehnter pleuritischer Verwachsungen recht oft überhaupt nicht. In einem Teil dieser Fälle kann die ausgedehnte Rippenresektion, wie sie vor allem durch Sauerbruch und Wilms mit Erfolg eingeführt wurde, in die Lücke treten. In vielen Fällen aber, besonders bei nicht sehr ausgedehnter Erkrankung, wird sich Patient und Arzt zu einer so eingreifenden Operation nicht entschließen können. Es gibt also eine ganze Anzahl von Fällen gut abgegrenzter Spitzenerkrankungen, bei denen man auf die Kollapstherapie verzichten muß. Für solche Fälle hat uns Baer mit seinem im Jahre 1913 publizierten Verfahren der extrapleuralen Pneumolyse mit sofortiger Plombierung einen brauchbaren Ausweg gewiesen. Die Operation ist kurz folgende: Ueber der kranken Lungenpartie, z. B. über einer Kaverne, die infolge ihrer Fixation an der starren Brustwand nur ungenügend schrumpfen kann, wird von einer kleinen Rippenresektion aus die Lunge samt beiden Pleurablättern (also in der Schicht zwischen der Pleura costalis und Fascia endothoracica) losgelöst und so eingedellt, daß sich die Kavernenwände zusammenlegen. Der dadurch entstehende extrapleurale Hohlraum wird mit einer Paraffinmischung ausgefüllt, die bei Körpertemperatur noch leicht knetbar ist; dann wird die Wunde sorgfältig geschlossen. Der Eingriff muß ohne Allgemeinnarkose ausgeführt werden, da das Ausquetschen sputumhaltiger Lungenpartien die Gefahr der Aspiration mit sich bringt, er kann aber durch Lokalanästhesie erträglich gestaltet werden. Die Plombe soll in erster Linie lokale Krankheitsherde, die bereits eine gewisse Heilungstendenz aufweisen, bei denen aber eine definitive Heilung aus mechanischen und anatomischen Gründen unmöglich ist, der definitiven Heilung zuzuführen suchen durch partielles Ausschalten der Lunge, nur soweit sie erkrankt ist. Naturgemäß werden somit

kleinere oder größere Kavernen die Hauptangriffsobjekte sein. Doppelseitige Kavernen können ebenfalls der Plombierung zugeführt werden, falls es sich um isolierte Herderkrankungen handelt. Auch Blutungen mit oder ohne Kavernen führt Baer als Indikation an und leitet damit von der einseitigen Betonung der Kaverne als Operationsobjekt zu anderen, gut abgegrenzten, nicht mehr progredienten Tuberkulosen über, die der Plombe mit gleichem Recht zugänglich gemacht werden sollen.

Oeri berichtet über drei Fälle von extrapleuraler Plombierung der Lungenspitze. In allen drei Fällen wurde die Operation ohne Schaden überstanden.

Dr. med. **Johannes Becker**, Assistent der chir. Universitätsklinik in Halle a. S., z. Z. im Felde: **Eckehornsche Operation des Prolapsus ani bei einem Erwachsenen.** (Zentralbl. f. Chir., 1915, No. 43.)

Mastdarmvorfälle kommen im Frieden oft in chirurgische Behandlung. Auch draußen im Felde werden sie bisweilen beobachtet, und zwar meistens als Folgezustände längerdauernder Diarrhöen. Schleimhautblutungen, Schwellungen der Mucosa und meist dadurch bedingte Unmöglichkeit, den Vorfall zu reponieren, machen den Träger unfähig, Frontdienst zu tun. Ein solcher Fall wurde von B. bei einem 32 jähr. Jäger der Landwehr beobachtet, der früher stets gesund gewesen war, insbesondere nie an Affektionen des Mastdarmes gelitten hatte. Er will sich den jetzt bestehenden Vorfall durch eine ruhrartige Erkrankung zugezogen haben. Anfänglich konnte er selbst den Vorfall reponieren, später gelang dies nicht mehr recht, und es kam vor allem zu starken Schleimhautblutungen, die die Aufnahme ins Lazarett veranlaßten. Verf. fand bei dem kräftigen Manne einen Prolapsus ani, der etwa 3 cm lang die Schleimhaut hervortreten ließ. Diese blutete stark und wies mehrfache Rhagaden auf. Infolge der Schwellung der Mucosa gelang die Reposition nur unter Schwierigkeiten. Nach jeder Defäkation. nach jedem Pressen trat der Prolaps in der ursprünglichen Größe wieder auf. Sitzbäder, Tampons führten zu keinem Ziel, weshalb Verf. dem Kranken die Operation vorschlug. In Lokalanästhesie rechts und links der Kreuzdarmbeinfuge wurde eine mit einem langen, kräftigen Seidenfaden versehene langgestielte Nadel in die linke Kreuzdarmbeinfuge eingestochen. In den Anus wurden zwei Finger eingeführt, die den Prolaps zurückhielten. Unter Fingerführung wurde die Nadel unter die Schleimhaut vorgeschoben, um dann dann nahe am Uebergang der Schleimhaut in die äußere Haut durchgestoßen zu werden. Der Faden wurde dann aus dem Nadelöhr herausgezogen, die Nadel selbst durch den Stichkanal zurückgezogen. Auf der anderen Seite wurde die nicht mit Faden armierte Nadel in gleicher Weise eingestochen; nach Durchstoßung der Schleimhaut ebenfalls nahe am Uebergang in die äußere Haut wurde das aus dem Anus heraushängende freie Fadenende in das Nadelöhr eingeführt, um dann mit der Nadel durch den Einstichkanal zurückgezogen zu werden. Bei Beendigung des Eingriffes sahen also die beiden Fadenenden aus den Einstichstellen in den Kreuzdarmbeinfugen hervor. Abermals wurden zwei Finger zur genauen Reposition des Prolapsus in den Anus eingeführt, die beiden Fadenenden über einem Tampon von einem Assistenten geknüpft. Mastixverband, drei Tage hindurch mäßige Kost, dreimal täglich 20 Tropfen Opiumtinktur, Bettruhe. Nach Ablauf von drei Tagen Aufstehen, fieberloser Verlauf. Erster Stuhl nach fünf Tagen mittels Einlaufs und Ol. Ricini. Der Faden blieb 20 Tage liegen, öftere Erneuerung des Tampons, wobei der Faden immer neu angezogen wurde. Es sind jetzt drei Vierteljahre nach der Operation vergangen. Mehrmalige Nachuntersuchungen haben ein absolut gutes Resultat ergeben.

Kr.

Technisches.

Prof. Dr. **A. Bolland** und Pharm. **E. Hegenbart: Ueber einen mit Kalk heizbaren Thermostat.** (Wiener med. Wochenschr., 1915, No. 44.)

Es wird über einen Thermostat berichtet, bei welchem das Löschen des gebrannten Kalkes die Wärmequelle bildet. Der von den Verff. vorgeschlagene Thermostat stellt eine Kiste mit Doppelwänden vor. Die Vorderwand bildet eine Doppeltür; in die Zwischenräume der drei restlichen Wände kommen Blecheinsätze. Diese Einsätze sind rechteckige Tröge, in welche feingelochte, horizontale, herausnehmbare Platten in einer Entfernung von 5—10 cm sich befinden. Durch die ganze Höhe eines jeden Einsatzes geht ein Blechrohr, welches in die letzte Platte mündet und mit je einem Wassereservoir in Verbindung steht. Auf die Platten kommt gebrannter, granulierter Kalk; bei der zu verwendenden Kalkmenge ist auf die beim Löschen stattfindende Volumvergrößerung Rücksicht zu nehmen. Das Anheizen des ganzen Thermostaten geschieht auf die Weise, daß in den Innenraum desselben ein Topf mit gebranntem Kalk kommt, der mit Wasser überschichtet wird. Der Topf ist mit einem Deckel versehen. Nach einigen Minuten beginnt eine stürmische Wärmeentwicklung, die gewöhnlich weit über die gewünschte Höchsttemperatur reicht. Dieser Wärmeüberschuß kommt den übrigen Abteilungen des Thermostaten zustatten. Nachher sinkt die Temperatur, und sobald die gewünschte Temperaur annähernd erreicht ist, wird mit dem Zufluß des Wassers in die Einsätze begonnen. Das Wasser fließt durch das Blechrohr an den Boden der Einsätze, löscht den dort sich befindenden gebrannten Kalk, steigt durch die Löcher der Platten aufwärts und löscht auf diese Weise sukzessive den auf den gelochten Platten lagernden Kalk, wodurch eine fast gleichmäßige Wärmeentwicklung erreicht wird.

Kr.

III. Tagesgeschichte.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Den Professoren M. Borchardt und H. Oppenheim in Berlin und Herrn Dr. A. Rosenstein in Posen ist für ihre Verdienste um die Behandlung der Kriegsverletzten das **Eiserne Kreuz** am weiß-schwarzen Bande verliehen worden.

Breslau. Der außerordentliche Professor der Anthropologie Dr. Hermann Klaatsch ist im Alter von noch nicht 53 Jahren gestorben. Er war in Berlin als Sohn eines angesehenen Arztes geboren und hatte hier und in Heidelberg Medizin studiert und sich dabei schon als Student unter Waldeyer und Gegenbaur vorwiegend der Anatomie zugewendet. Er erwarb 1886 in Berlin die ärztliche Approbation, arbeitete eine Zeitlang noch unter Waldeyer als Assistent am Berliner anatomischen Universitätsinstitut, siedelte 1888 in gleicher Eigenschaft nach Heidelberg über, habilitierte sich dort 1890 für Anatomie und wurde 1895 zum außerordentlichen Professor befördert. 1907 wurde er mit dem gleichzeitigen Lehrauftrag für Anthropologie in derselben Eigenschaft nach Breslau berufen, wo er bis jetzt gewirkt hat. Prof. Klaatsch hat eine Reihe von Arbeiten zur vergleichenden Anatomie und Embryologie geliefert, sich aber besonders durch seine anthropologisch-ethnologischen Forschungen bekannt gemacht. Erwähnenswert in dieser Hinsicht sind vor allem seine auf einer mehrjährigen Forschungsreise gewonnenen Ergebnisse über die Urbevölkerung Australiens, sowie die gemeinsam mit Hauser gemachten Veröffentlichungen über den Steinzeitmenschen der Dordogne, den sog. Homo aurignacensis.

Rostock. Dr. E. Sieburg hat sich für Pharmakologie habilitiert.

Erlangen. Dem Privatdozenten für Physiologie Dr. med. Paul von Liebermann ist die erbetene Entlassung von seiner Funktion erteilt worden.

Straßburg i. E. Der bekannte Bakteriologe Prof. Dr. Ernst Levy, Extraordinarius der sozialen Hygiene an der hiesigen Universität, ist aus Gesundheitsrücksichten in den Ruhestand getreten.

Wien. Zu unbesoldeten außerordentlichen Professoren wurden ernannt: der Privatdozent für Ohrenheilkunde Prof. Dr. Gustav Alexander, sowie die Privatdozenten Dr. Robert Stigler (Physiologie) und Dr. Ernst Pribram (allgemeine und experimentelle Pathologie); den Titel „außerordentlicher Professor" haben erhalten die Privatdozenten Dr. Georg Lotheissen (Chirurgie), Dr. Ernst Bischoff (Neurologie und Psychiatrie), Dr. Josef Sorgo (innere Medizin), Dr. Heinrich Schur (innere Medizin), Dr. Fritz Hitschmann (Geburtshilfe und Gynäkologie), Dr. Siegfried Gross (Dermatologie und Syphilidologie) und Dr. Leo Fleischmann (Zahnheilkunde).

Verschiedenes.

Coblenz. Den im Bezirk des VIII. Armeekorps erscheinenden Zeitungen ist durch Verordnung des Generalkommandos in Coblenz vom 17. April 1915 (erst jetzt veröffentlicht) für die Dauer des Krieges die **Aufnahme von Anzeigen** untersagt worden, in denen sich 1. Personen zur Behandlung von Krankheiten oder Leiden, die als Geschlechts- bezw. Hautkrankheiten bekannt sind, anbieten, 2. Gegenstände oder Behandlungsmaßnahmen angepriesen werden, welche zur Linderung oder Heilung von solchen Krankheiten dienen sollen. Desgleichen ist das Anschlagen und Verteilen solcher Anzeigen verboten. Die Anordnung erstreckt sich nicht auf Anzeigen ärztlich approbierter Personen.

Leipzig. Der **Verband der Aerzte Deutschlands** hat den Ritterschen Park nebst Villa in Bad Berka gekauft, um dort ein **Erholungsheim für Aerzte** einzurichten.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: San.-Rat Dr. H. Lohnstein, Berlin W.50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil: S. Caspari, Berlin-Schöneberg.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W.30, Maaßenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW.68, Alexandrinenstraße 110.

85. Jahrgang **Berlin, 22. Januar 1916** **No. 4**

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Steinplatz 105 56

85. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Referate.

Innere Medizin

Prof. Dr. F. **Reiche** (Hamburg): **Seltene Verlaufsformen und Komplikationen der Plaut-Vincentschen Rachen- und Mundentzündungen.** (Münch. med. Wochenschr., 1915, No. 7.)

Während die Plaut-Vincentschen Rachen- und Mundentzündungen, charakterisiert durch das Vorkommen von fusiformen Bazillen und Spirillen, im allgemeinen einen milden Verlauf zeigen, kommen doch auch Fälle mit besonders schwerem vor, sogar mit tödlichem Ausgang. Verf. hatte Gelegenheit, zwei derartige Fälle zu beobachten. Der eine Fall betraf ein 19 jähriges Mädchen. Es bestand hier bei schwerem Darniederliegen des Allgemeinbefindens anhaltender Kopfschmerz, Leukopenie, Fieber, Milzvergrößerung, Abducenslähmung, ferner traten umfangreichere Substanzverluste am Rachen auf, wodurch das Zäpfchen bis auf einen kleinen Stumpf zerstört wurde und am weichen Gaumen und Gaumenbogen ein großer narbiger Defekt zurückblieb; Syphilis konnte ausgeschlossen werden. In der 7. Krankheitswoche trat noch eine Akkommodationsstörung hinzu, die nach 10 Wochen noch nicht vollständig beseitig war. Schließlich trat Heilung ein. — Im 2. Fall handelte es sich um ein 11 jähriges Mädchen, welches mit einer ausgedehnten, anscheinend bereits mehrere Wochen bestehenden Gingivitis und Stomatitis fusispirillaris und daneben den Anzeichen einer vorgeschrittenen perniziösen Anämie eingeliefert wurde; nach einer anfänglichen Verschlechterung reinigte sich der Mund und es trat zunächst eine überraschende Besserung ein; diese war jedoch nur vorübergehend, unter zunehmender Herzschwäche erfolgte der Tod. Die Sektion deckte noch eine ausgedehnte alte Mesenterialdrüsentuberkulose auf. R. L.

Chirurgie.

Dr. **Hans Hans**: **Naht durchtrennter Nerven mittels Einhülsung in Eigengewebe.** (Zentralbl. f. Chir., 1915, No. 45.)

Das Prinzip der Chirurgie, möglichst kein lebendes Gewebe zu opfern, konnte bisher bei durchschossenen Nerven nicht befolgt werden. Anfrischung bis ins Gesunde ist zur Sicherung der Funktion nötig, um jede leitungsstörende Einschnürung durch Narben zu vermeiden. Deshalb mußten die kolbig verdickten Enden querdurchtrennter Nerven glatt abgeschnitten und verworfen werden. Durch das Heranholen, auch aus weiterer Entfernung, und besonders gewählte Gelenkstellungen wird die entstandene Lücke zur möglichst spannungslosen Naht gebracht. In seinen letzten Fällen ist Verf. folgendermaßen vorgegangen und glaubt diese Methode zur Nachprüfung schon jetzt empfehlen zu können: Peripher und zentral wird der gesunde Nervenstamm aufgesucht und von zwei Seiten her zur Narbe herangearbeitet. Die schnürende Narbe wird im Zusammenhang mit dem Nerven aus ihrer Umgebung losgelöst und das kolbig verdickte Ende mit einem spitzen, scharfen Skalpell (Gräfesches Linearmesser zur Staroperation) möglichst von der Schmalseite her gespalten. Die so entstandenen Hälften werden jetzt so weit „entkernt", daß eine derbe, zugkräftige Hülse zurückbleibt. Bei kleineren Nerven genügt dieses Vorgehen am zentralen Stumpf, und braucht jetzt nur der glatt angefrischte periphere Stumpf in diese Hülse hineingenäht und die Hülse selbst mit 2—3 Nähten auf die periphere Nervenscheide weitgreifend aufgestülpt zu werden. Konzentrische Schrumpfung ist durch diese zweigespaltene Hülse, deren Hälften gegeneinander ungenäht bleiben, nicht zu befürchten. Kr.

Dr. A. **Stoffel** (Mannheim): **Ueber die Behandlung verletzter Nerven im Kriege.** (Münch. med. Wochenschr., 1915, No. 6, Feldärztliche Beilage.)

Bei den Kriegsverletzungen steht der Arzt nicht selten vor der Aufgabe, die Funktionsfähigkeit eines verletzten Nerven wiederherzustellen. Dazu dient die Nervennaht; ihr hat jedoch eine bestimmte Vorbehandlung vorauszugehen und eine exakte Nachbehandlung muß sich anschließen. Verf. setzt die Gesichtspunkte auseinander, die hierbei in Betracht kommen. Wird ein Nerv total durchtrennt, so rücken bei bestimmter Stellung des Gliedes die Nervenstümpfe um ein gewisses Maß auseinander. Direkt nach einer Nervenverletzung sind alle Gelenkstellungen, die ein Klaffen der Stümpfe nach sich ziehen, nach Möglichkeit zu vermeiden. Durch die richtige Gliedstellung gibt man den Stümpfen die Möglichkeit, zusammen zu bleiben und in Nachbarschaft miteinander zu verwachsen. Bei der späteren Nervennaht wird man dann nicht eine beträchtliche Lücke, sondern nur einen unbedeutenden interpolaren Kallus finden. In dieser günstigen Stellung ist das Glied 3—4 Wochen lang durch geeignete Verbände (am besten mittels Schienen) zu fixieren. Was nun die Technik der Nervennaht selbst anlangt, so empfiehlt Verf. dazu besonders feine Pinzetten und Messer zu benutzen. Ferner hat man bei der Operation mittels einer sterilisierbaren Elektrode die einzelnen Nervenbahnen durch elektrische Reizung aufzusuchen. Hierfür hat Verf. einen besonderen Apparat angegeben. — Er empfiehlt ferner, die Nervennaht wenn möglich in Blutleere des Gliedes zu machen. Beide Nervenstümpfe werden dann in übersichtlicher Weise freigelegt. Jeder Nervenstamm setzt sich aus vielen einzelnen motorischen und sensiblen Bahnen zusammen; jede dieser Bahnen verläuft an einer ganz bestimmten Stelle des Nervenabschnittes. Bei der Nervennaht muß man nun darauf bedacht sein, die Schnittflächen der entsprechenden Stümpfe der einzelnen Nervenbahnen miteinander in Berührung zu bringen. Es gehören dazu gewisse anatomische Kenntnisse der Topographie des Nervenquerschnitts. Sind die zusammengehörigen Stümpfe einer einzigen Bahn aneinandergefügt, so müssen die Stümpfe der anderen Bahnen sich von selbst richtig legen. Vor der Anfrischung der Nervenstümpfe ist alles Narbengewebe radikal zu entfernen; dann sind die Stümpfe aneinanderzubringen, die Extremität ist in der günstigsten Stellung zu fixieren, damit die angefrischten Stümpfe ohne jede Spannung miteinander vereinigt werden können. Man

nähe mit dünnem Zwirn und kleinen runden Nadeln. Bei der Naht braucht man sich nicht auf das Perineurium zu beschränken, sondern darf mit der Nadel auch in sensible Bahnen eindringen. Die Nahtstelle muß man unbedingt umscheiden. Verf. benutzte dazu meistens in Formalin gehärtete Kalbsarterien und -venen; ein Stück, das die Nahtstelle nach jeder Richtung um 1—2 cm überragt, wird der Länge nach aufgeschnitten, unter die Nahtstelle geschoben und über ihr wieder zusammengeklappt; dann wird die Scheide mittels eines Katgutfadens zusammengeschnürt. Ueber die Hülle wird Muskel oder Fett genäht und dann die Hautwunde geschlossen. — Dann ist das Glied durch einen Schienenverband oder Gipsverband in der Stellung zu fixieren, in der es während der Operation von dem Assistenten gehalten wurde. Nach 2—3 Wochen wird der Verband entfernt und mit der Nachbehandlung begonnen. — Die Nervenoperation soll bei Kriegsverwundeten im Kriegslazarett oder, falls der Verwundete in ein Reservelazarett übergeführt wird, in diesem ausgeführt werden.

Prof. Dr. **Kirschner** (Königsberg i. Pr.): **Ueber Schußverletzungen der peripherischen Nerven.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1915, No. 11.)

Nicht jeder durch einen Schuß hervorgerufenen Nervenverletzung folgt, wie Verf. auseinandersetzt, ein Funktionsausfall. Die klinischen, aber nicht konstanten Zeichen einer Nervenverletzung sind: 1. motorische Lähmungen verschiedensten Grades; 2. sensible Lähmungen; 3. sofort oder allmählich einsetzende ausstrahlende Schmerzen; 4. vasomotorische und trophoneurotische Störungen. Die bei der operativen Freilegung erhobenen Befunde sind: 1. der Nerv ist in Narbenmassen eingemauert; 2. in Berührung mit dem Nerven befindet sich ein reizender Fremdkörper; 3. der Nerv ist ganz oder teilweise zerrissen; 4. der Nerv zeigt eine gleichmäßige oder eine unregelmäßige Verdickung; 5. es findet sich trotz funktioneller Störungen kein pathologischer Befund. Eine operative Therapie wegen vorhandener motorischer Lähmungen soll nicht vor Ablauf von sechs Wochen einsetzen. Es sind alle Fälle ausgesprochener motorischer Lähmungen, die in dieser Zeit keine Besserung zeigen, und alle anderen Fälle, die sich verschlechtern, operativ freizulegen, im besonderen erfordern die Fälle mit zunehmenden, sich bis zur Unerträglichkeit steigernden Schmerzen eine Operation. Von operativen Maßnahmen, die sich nach den angetroffenen Befunden richten, kommen in Betracht: 1. die Nervennaht, eventuell nach ausgiebiger Mobilisation; 2. die Ueberbrückung eines Defektes durch ein fremdes Material (z. B. Katgutfäden); 3. die Neurolyse; 4. die Einhüllung der Nerven in ein gesundes Gewebe (langer Fascienlappen aus der Fascia lata) ist nach jeder Freilegung auszuführen.

R. L.

Geburtshilfe

Dr. **Karl Bollag** (Basel): **Klinische Erfahrungen über Novocainanästhesie bei normalen Geburten.** (Münch. med. Wochenschr. 1915, No. 8.)

Verf. berichtet über eine von ihm in der Basler Frauenklinik bei mehr als 225 Fällen erprobte Methode, mittels der Lokalanästhesie den Geburtsschmerz zum Teil zu beseitigen. Es handelt sich darum, den Nervus pudend. zu anästhesieren, dessen drei Zweige die Aftergegend, die Muskeln und die Haut des Dammes und einen Teil der Labien und die Klitorisgegend versorgen. Als Anästheticum verwendet Verf. die 2 proz. Novocain-Suprareninlösung (B) der Höchster Farbwerke, die in Ampullen zu 5 ccm im Handel ist. Die Technik ist folgende: Man verwendet eine 5 ccm-Rekordspritze und eine mindestens 6 cm lange Injektionsnadel. Die Kreißende liegt auf dem Rücken, die Beine im Hüftgelenk flektiert. Da die Nerven an der hinteren Fläche des Os ischii unter dem Ligam. sacro-tuberosum verlaufen, tastet man sich zunächst das Tuber ischii genau ab, stößt dann an der hinteren Seite desselben, zwischen Tuber und Dammitte, die Nadel tief in der Richtung gegen das Foramen ischiadicum minus ein, läßt etwa 2 ccm der Lösung unter leichtem Zurückziehen der Nadel ausfließen, zieht die Nadel bis unter die Haut zurück und injiziert noch subkutan etwa 0,5 ccm in das Perineum. Mit den verbleibenden 2,5 ccm in der Spritze verfährt man in analoger Weise auf der anderen Seite. Bei fetten Personen, bei denen die Orientierung schwerer fällt, empfiehlt es sich, auf jeder Seite 5 ccm einzuspritzen. Die Injektion ist bei Beginn der austreibenden Preßwehen zu machen, da nur der Dehnungsschmerz der Vulva und des Dammes beseitigt werden kann. Da dieser Dehnungsschmerz nur bei den Erstgebärenden eine größere Intensität anzunehmen pflegt, so wandte Verf. diese Pudendusanästhesie fast ausschließlich bei Primiparae an. Die vollständige Anästhesie tritt 5—10 Minuten nach der Einspritzung ein; sie dauert 2—3 Stunden. Ist die Anästhesierung gelungen, so erfolgt die meist gewaltige Dehnung beim Vordrängen und Durchschneiden des Kopfes und Rumpfes schmerzlos. Es werden dadurch viele Dammrisse verhütet. Erfolgt ein Dammriß trotzdem, so hat man den Vorteil, ihn schmerzlos nähen zu können. Eigentliche Versager traten im ganzen 7 mal ein. — In keinem Falle wurde ein nachteiliger Einfluß auf das Befinden der Mutter oder des Kindes bemerkt. R. L.

Physikalische Diagnostik und Therapie.

Dr. **Wilhelm Sternberg** (Berlin): **Eine neue Position zur ösophagoskopischen Untersuchung.** (Münch. med. Wochenschr., 1915, No. 9.)

Verf. empfiehlt zur ösophagoskopischen Untersuchung die Bauchlage auf erhöhtem Tisch. Auf erhöhtem Tisch nimmt der Kranke in Bauchlage die Knie-Ellenbogen-Stellung ein, die Knie liegen auf hohem Kissen, der Kopf überragt möglichst das Tischende. Die Stellung hat nach Verf. u. a. folgende Vorzüge: Vermeidung der Aspirationsgefahr und Atemnot, Leichtigkeit der Gesichtsfeldreinigung, Entbehrlichkeit von Tupfern und Saugpumpe, Leichtigkeit der Orientierung, Entbehrlichkeit jeder Assistenz, Leichtigkeit der Einführung und Einstellung, leichtere Besichtigung, namentlich wenn die Affektion die hintere Wand oder die Seitenwände betrifft, größere Bequemlichkeit für den Kranken, Freilassen der Nase für die Passage. R. L.

Dr. **Max Kahane** (Wien): **Ueber palpatorische Anwendung elektrischer Ströme.** (Med. Klinik, 1915, No. 42.)

Das Wesen der Elektropalpation besteht in der palpatorischen Anwendung, das heißt, wiederholten, kurzdauernden Applikation des Stromes, unter Anwendung von Elektroden mit maximaler Stromdichte, das heißt kleinstem Querschnitte. Die maximale Stromdichte wird durch Anwendung punktförmig zugespitzter oder nadelförmiger Elektroden erreicht. Auch angefeuchtete Baumwollfäden, welche gleichfalls für elektrische Ströme leitfähig sind, eignen sich als Elektroden und besitzen den manchmal wichtigen Vorzug idealer Anschmiegungsfähigkeit. Die Hauptvorteile der Elektropalpation sind die genauere Lokalisation bei diagnostischer und die gesteigerte Wirkungsenergie bei therapeutischer Anwendung. Die palpatorische Anwendung des galvanischen Stromes in Form der Anode bei minimaler Stromstärke, zum Beispiel 0,1 Milliampère, ist eine sehr verläßliche Methode zur Prüfung der galvanischen Empfindlichkeit, speziell für den Nachweis von Galvanohyperästhesie. Gesteigerte galvanische Empfindlichkeit innerhalb des Sympathicus-Vagus-Accessorius-Systems, einschließlich der Schilddrüse, wurde vom Verf. als wichtiges Symptom des Hyperthyreoidismus, vor allem als wesentlichster diagnostischer Behelf zum Nachweis latenter Formen dieser ebenso häufigen, als wichtigen Erkrankung erwiesen. Die diagnostische Verwertbarkeit des palpatorisch angewendeten galvanischen Stromes ist nicht auf das Vagus-Sympathicus-System und die Schilddrüse beschränkt, sondern erstreckt sich auch auf andere Organe und Regionen. Bei Neuralgien ermöglicht die Galvanisation die genaue Lokalisation der eigentlichen Schmerzpunkte. Zu hervorragenden Leistungen scheint die Elektropalpation in der Diagnostik der Erkrankungen der abdominalen Organe berufen zu sein. Bemerkenswert ist unter anderem der Nachweis eines galvanohyperästhetischen Punktes in der Fossa iliaca dextra bei spastischer, in der Fossa iliaca sinistra bei atonischer Obstipation. Die Faradopalpation ist für diagnostische Zwecke weniger geeignet, weil Polarität und Strommessung wegfallen und die Applikation an sich so schmerzhaft ist, daß pathologische Steigerungen der elektrischen Empfindlichkeit schwer nachweisbar sind. Die Möglichkeiten der diagnostischen Anwendung der Galvanopalpation sind sehr beträchtlich. In therapeutischer Hinsicht übertrifft die palpatorische Anwendung des galvanischen und faradischen Stromes die gebräuchliche stabile Applikation von Elektroden mit größerem Querschnitt und infolgedessen geringerer Stromdichte in zweifacher Hinsicht; die angestrebte therapeutische Wirkung tritt rascher ein und ist größer. So wie die Galvanopalpation ein überaus wichtiges Hilfsmittel für die Diagnose des Hyperthyreoidismus ist, so ist sie auch ein sehr wertvoller therapeutischer Behelf, vorausgesetzt, daß die erhaltenen diagnostischen Aufschlüsse auch die Richtschnur für die therapeutische Applikation abgeben. Während für den Nachweis der Galvanohyperästhesie zu diagnostischen Zwecken minimale Stromstärken angewendet werden, besteht die Behandlung in vorsichtiger, sukzessiver, dem jeweiligen galvanopalpatorischen Befund angepaßter Steigerung der Stromstärke. Der erzielte therapeutische Erfolg gibt sich sehr deutlich durch den Wegfall der abnorm gesteigerten galvanischen Empfindlichkeit innerhalb des Vagus-Sympathicus-Schilddrüsen-Systems kund, ebenso wie eintretende Rückfälle an der Wiederkehr der Galvanohyperästhesie erkennbar sind. Ein sehr dankbares Gebiet für die palpatorische Anwendung galvanischer und faradischer Ströme bilden Lähmungen und Muskelatrophien, namentlich sind bei letzteren die Resultate ganz besonders befriedigend. In der Neuralgiebehandlung bildet die unipolare Applikation der Funkenentladungen hoch-

gespannter Wechselströme das souverän wirksame Verfahren, doch stehen ihr Galvano- und Faradopalpation namentlich in der Behandlung der Ischias an Wirksamkeit weniger nach, als die bisher gebräuchliche Applikationsform der Schwachströme. Bei sehr schweren und inveterierten Neuralgien und alten schmerzhaften Muskelrheumatismen scheint die Faradopalpation, namentlich bei Anwendung einer dünnen Nadel als Elektrode, von überlegener Wirksamkeit zu sein. Die an sich sehr schmerzhafte Applikation der faradischen Nadel bewirkt hier eine noch größere und länger anhaltende Schmerzstillung als die Applikation der Hochfrequenzströme.

Dr. **Fritz M. Meyer** (Berlin): **Der Einfluß filtrierter Röntgenstrahlen auf Hautkrankheiten.** (Berl. klin. Wochenschr., 1915, No. 42.)

Verf. erörtert die Vorteile der Anwendung der filtrierten harten Strahlen gegenüber den mittelharten. Der Erfolg tritt bei vielen Hautkrankheien schneller und sicherer ein; bei jeder chronischen Erkrankung ist es aber von besonderer Wichtigkeit, möglichst schnell und mit Strahlenmengen zum Ziele zu gelangen, welche die Haut verhältnismäßig wenig schädigen, da sie bei Wiederholung gegen Röntgenstrahlen empfindlicher wird. Der Erfolg tritt bei Hautkrankheiten ein, die bisher erfolglos behandelt wurden oder bei denen ein Resultat nur auf Kosten schwerer Röntgenschädigungen erreicht werden konnte. Die Gefahr einer Reaktion ist wesentlich herabgesetzt; ihr Auftreten ist eine Seltenheit. Die Reaktionen, die vereinzelt im Anschluß an Bestrahlungen beobachtet werden, verlaufen milde. Durch den Gebrauch großer Röhren, wie sie für die Filtertherapie notwendig sind, ist die Möglichkeit gegeben, eine größere Fläche auf einmal zu bestrahlen. Durch die Möglichkeit der stärkeren Belastung gelingt es, die beabsichtigte Strahlenmenge in kürzerer Zeit zu erreichen. Peinlich genaue Abdeckungen, wie sie bisher erforderlich waren und die eine Zeitversäumnis darstellen, können bei Anwendung kleinerer Dosen fast ausnahmslos wegfallen. Es gelten für Oberflächen- und Tiefenbestrahlungen nicht mehr zwei verschiedene Systeme, sondern eine und dieselbe Technik: der Unterschied ist ausschießlich ein quantitativer. Kr.

Neuere Arzneimittel.

Hilfsarzt **Fritz Streblow** (Berlin-Lichterfelde): **Ueber Diogenal, ein neues Sedativum und Hypnoticum.** (Deutsche med. Wochenschr., 1915, No. 10.)

Diogenal ist ein neues, von der Firma E. Merck in den Handel gebrachtes Präparat, welches seiner chemischen Zusammensetzung nach eine Diäthylbarbitursäure (Veronal) mit einer Dibrompropylgruppe darstellt. Diogenal ist viermal weniger toxisch als Veronal. Es ist ein weißes, etwas bitter schmeckendes Pulver und kommt auch in Tablettenform in den Handel. Verfasser hatte Gelegenheit, das Diogenal an einer größeren Zahl von Kranken der inneren Abteilung des Lichterfelder Krankenhauses klinisch zu erproben. Dem Veronal gegenüber hat das Diogenal verschiedene Vorzüge. Die kumulierende Wirkung des Veronals fällt beim Diogenal völlig fort. Weiterhin zeigt das Diogenal keinerlei Reizerscheinungen auf den Verdauungskanal. Auch zeigte sich nie Mattigkeit und Abgeschlagenheit am Tage nach dem Gebrauch des Mittels. Wenn man das Diogenal nur als Sedativum (bei Erregungszuständen, Angstzuständen und Neurasthenie) verwenden will, so gibt man dreimal täglich 0,5 g bis dreimal täglich 1 g. Als Hypnoticum gibt man Diogenal in der Dosis 1 g. R. L.

Dr. **A. Loeb** (Wiesbaden): **Zur Optochinbehandlung der Pneumonie.** (Berl. klin. Wochenschr., 1915, No. 43.)

Verf. hat 24 Fälle zum Teil sehr schwerer Erkrankungen mit Optochin behandelt, die insgesamt einen günstigen Ausgang nahmen. Die Erkrankten wurden ausnahmslos innerhalb der ersten 48 Stunden vom Beginn der Erkrankung an eingeliefert und sofort der spezifischen Chemotherapie unterworfen. Verf. gab von den ihm zur Verfügung stehenden beiden Präparaten, Optochin-Salizylsäure-Ester und Optochin. hydrochloricum, regelmäßig, ohne Rücksicht auf Schlaf- oder Tageszeit, je 0,25 g in vierstündlichen Intervallen, so daß innerhalb 24 Stunden 1½ g verabreicht wurden. Außer hydropathischen Umschlägen, sowie reichlicher Zuführung von Getränken wurde nur in einzelnen Fällen, in denen das Herz von Anfang an Anlaß zu Bedenken gab, Digitalis und Wein gleichzeitig gegeben. Verf. hat bei der Optochinbehandlung die Gesamtdosis von 24 Pulvern = 6 g in 4 Tagen als Maximum, als Minimum 12 Pulver = 3 g in 2 Tagen verabreicht. In den meisten Fällen traten bereits am 2. Tage ein starker Temperaturabfall und Nachlassen der heftigsten Beschwerden, wie Kopfschmerz, Benommenheit, sowie erhebliche Besserung des Allgemeinbefindens ein. Einigemal sank die Temperatur steil ab, ohne daß weitere Fiebererscheinungen eintraten, so daß Verf. hierbei mit geringeren Dosen auskam. Bei den anderen Fällen, wo die Temperatur am 3. oder 4. Tage wieder anstieg, wurde das Optochin weiter verabreicht und stets innerhalb 24—36 Stunden konsequenter Anwendung endgültiger Fieberabfall erreicht. Eine Einwirkung auf den physikalischen Befund hat Verf. nicht festgestellt. Die Dämpfung über den Lungen und ihre allmähliche Aufhellung, die Veränderung des Atemgeräusches usw. zeigten keine Abweichungen vom sonstigen Verlauf. Verf. hat die feste Ueberzeugung gewonnen, daß septische Infektion in seinen Fällen durch die sofortige spezifische Behandlung aufgehoben wurde, so daß die Patienten ihre Erkrankung ohne Benommenheit, ohne Fieberdelirien und ohne bakterielle Herzbeeinflussung überstanden. — Nebenwirkungen der Arzneibehandlung, wie sie von anderen Autoren berichtet worden sind, hat Verf. bei dem Optochin. hydrochloricum nicht bemerkt. Kr.

II. Feuilleton

Die Therapie der Keilschriftmedizin.

Von

Felix Reinhard, Arzt (z. Z. in Wahn, Rhld.).

Einleitung.

Der Orient ist, nach den Ergebnissen wissenschaftlicher Forschung, die Geburtsstätte menschlicher Kultur. Welches von den verschiedenen Zentren, dem ägyptischen, mesopotamischen, indischen, chinesischen, wirklich das älteste sei, läßt sich mit Sicherheit noch nicht entscheiden. Jedenfalls aber gehören die Keilschriftfunde, die uns über die kulturellen Zustände der alten Reiche der Sumerer-Akader, Babylonier und Assyrer Aufschluß geben, zu den ältesten Urkunden, die wir überhaupt über menschliche Kultur besitzen. Auch was in diesen Tontafeln Medizinisches enthalten ist, ist, neben den ägyptischen Hieroglyphen-Papyri, zweifellos das älteste erhaltene Produkt medizinischer Literatur.

Das ganze Material der ausgegrabenen Keilschrifttafeln ist noch lange nicht bearbeitet, speziell die Ausbeute der medizinischen Stücke ist noch sehr gering; das Vorhandene bildet aber, neben einzelnem Einschlägigen in den Berichten alter griechischer und römischer Schriftsteller, die einzige Quelle für den Historiker der Keilschriftmedizin. Im nachstehenden wurde in der Hauptsache die von Küchler übersetzte Keilschriftenserie benutzt.

Wie bei allen diesen ältesten Kulturvölkern, bei denen die Priester die Vertreter aller Wissenschaften waren, ist auch hier die Medizin in der Hauptsache mystisch, Theurgie. Dämonen sind Krankheitserreger, und dementsprechend Zaubermittel, Opfer, Beschwörung u. dgl. die hauptsächlichsten Heilmittel. Doch findet sich bereits ein gewisser Schatz von Kenntnissen und therapeutischen Maßnahmen, die die Erfahrung geliefert hat und die auch auf beginnendes Streben nach rationeller Erklärung unbekannter Erscheinungen, in unserem Falle also der Krankheitserscheinungen, hindeuten.

Wie bei allen primitiven Völkern, und auch noch lange bei den Kulturvölkern, bildete auch in der Keilschriftmedizin die Therapie nicht nur das ausgedehnteste Gebiet, sondern auch dasjenige, das am ehesten als wenigstens teilweise rationell, als ein kleiner Anfang medizinischer Wissenschaft angesehen werden kann.

Obwohl das Land in der Zeit von der Herrschaft der Sumerer (ab 4500 vor Chr.) bis zur Eroberung durch die Perser (538 vor Chr.) eine lange kulturelle Entwicklung durchgemacht hat, so lassen sich doch die einzelnen medizinischen Epochen zurzeit noch nicht streng auseinanderhalten. Wohl ganz allgemeine Verschiedenheiten, besonders nach dem mehr oder weniger starken Vorherrschen medizinischer Mystik, sind zu erkennen; was aber von Einzelheiten rationeller Medizin etwa älteren oder jüngeren Datums sei, ist nicht immer mit Sicherheit zu entscheiden. Im folgenden versuchen wir, nur eine Darstellung der rationellen Keilschrifttherapie zu geben und lassen die Mystik ganz außer Betracht, abgesehen von einigen Fällen, wo ihre Kenntnis zum Verständnis rationeller therapeutischer Maßnahmen erforderlich ist.

In der Krankheitslehre ging die Keilschriftmedizin in den Fällen, wo sie eine rationelle Erklärung versuchte, von der Anschauung aus, daß die Krankheit etwas dem Körper Fremdes, von außen in ihn Eingedrungenes, eine „materia peccans“ sei, die im Körper als ein schädigendes Gift wirke. Man sieht deutlich, daß diese Anschauung sich aus einer ursprünglich mystischen entwickelt hat, aus der mystischen Idee von dem Eindringen eines Krankheitsdämons in den Körper. Auch der therapeutische Grundgedanke zeigt noch klar den Zusammenhang mit dieser Mystik in seiner Idee des Vertreibens, des Vernichtens, das ursprünglich eben dem Dämon galt. Der Grundgedanke aller Therapie lautet nämlich: Die Krankheit muß aus dem Körper herausgetrieben werden: hierzu stehen die auch physiologisch zur Ausscheidung von Stoffen aus dem Körper dienenden Wege der Se- und Exkretion zur Verfügung. Es muß also die Tätigkeit dieser Aus-

scheidungsorgane in Krankheitszuständen angeregt bezw. beschleunigt werden; außerdem aber müssen vorher die Krankheitsgifte in die unschädlichen Körperausscheidungen umgewandelt werden, in die „Milch der Brust", den „Schweiß der Seite", den „Urin der Blase", in Kot usw. Die Materia peccans verläßt dann in der Form von Milch, Urin, Kot, Schweiß, Nasenschleim, Ohrenschmalz und bisweilen auch als Ructus oder Flatus den Körper.

Nach Verblassen des dämonistischen Ursprungs wurde diese Anschauung in eine allgemeine psycho-physiologische Theorie des Lebens übernommen, die wohl als älteste menschliche nicht-dämonistische Psychologie zu betrachten ist, in die humorale bezw. hämatische Theorie des Lebens. Speziell in Mesopotamien fand diese Theorie noch eine besondere Stütze in der „naturphilosophischen" Lehre von der Korrespondenz zwischen Makrokosmus und Mikrokosmus, d. h. der Korrespondenz des allgemeinen kosmischen und physikalischen Geschehens im Weltall und auf der Erde mit dem Leben der Menschheit im allgemeinen sowohl, wie auch mit dem Lebenslauf des Einzelnen und mit den physiologischen Lebenserscheinungen des Körpers. Wie demnach Mesopotamien dem befruchtenden Einflusse des Wassers der beiden Flüsse, Euphrat und Tigris, letzten Endes seine Existenz verdankt, so der Mensch der belebenden und ernährenden Körperflüssigkeit, dem Blute. Die oben schon erwähnte Angabe, daß der Krankheitsstoff auch als Ructus und Flatus gelegenlich ausgeschieden wird, steht mit dieser Lehre nicht in Einklang, sondern weist auf Spuren pneumatischer Lebensauffassung. Jedoch hat diese in Mesopotamien stets nur eine untergeordnete Bedeutung neben der hämatischen gehabt. Das umgekehrte Verhältnis bestand im alten Aegypten.

Der humoralpathologischen Krankheitslehre der mesopotamischen Medizin gemäß ist es Hauptaufgabe der Therapie, Mittel zur Vertreibung der Materia peccans zu liefern; daraus kann man schon schließen, daß Abführmittel, Brechmittel, Diaphoretica und Diuretica einen großen Raum in der Pharmakotherapie eingenommen haben werden. Durch welche Mittel die mesopotamische Therapie die andere Hauptforderung erfüllen zu können glaubte, die vorherige Umwandlung der schädigenden Stoffe in unschädliche, womöglich in die normalen Körperflüssigkeiten, das läßt sich aus den spärlichen bis jetzt bekannten Resten der medizinischen Keilschriftliteratur nicht erkennen.

Sammeln wir nun, was nach Ausschluß alles Mystischen an rationellem Material in der Keilschriftmedizin, so wie sie uns bis jetzt bekannt ist, übrig bleibt, so können wir doch bereits eine Einteilung in medikamentöse, physikalische und chirurgische Therapie vornehmen. Von diesen dreien hat jedoch die erste einen ganz unverhältnismäßig größeren Umfang als die beiden anderen.

(Fortsetzung folgt.)

III. Tagesgeschichte

Standesangelegenheiten, Medizinal-Gesetzgebung, soziale Medizin etc.

Berlin. Ueber die **Vertretung von Aerzten** hat der Berliner Polizeipräsident unter dem 14. Dezember 1915 folgende Verfügung erlassen: „Laut Anordnung des Oberkommandos in den Marken vom 10. Dezember ist es durchaus unzulässig, daß Aerzte durch feindliche Ausländer vertreten werden, die nicht in Deutschland approbiert sind. Sollten derartige Vertretungen bestehen, so sind sie sofort aufzuheben. Angehörige verbündeter oder neutraler Staaten, die nicht in Deutschland approbiert sind, können hier zwar die Heilkunde ausüben, sie dürfen sich aber nicht als Arzt bezeichnen und keine den Aerzten vorbehaltene Berufstätigkeit ausüben (Impfarzt, Kassenarzt, Leichenschauarzt). — Die Vertretung von Aerzten durch Kandidaten der Medizin soll während der Dauer des Krieges statthaft sein, aber nur, wenn der Kandidat mindestens zwei klinische Halbjahre nachzuweisen vermag, kein feindlicher Ausländer ist und sich seine Tätigkeit auf die Behandlung von Krankenkassenmitgliedern — als Hilfspersonen im Sinne des § 122 der R.-V.-O. — beschränkt."

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Zwei weitere bekannte Aerzte, die Herren Geh. Medizinalrat Prof. L. Landau und Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Silex, haben für ihre Verdienste um die Behandlung Kriegsverletzter das **Eiserne Kreuz 2. Kl.** am weiß-schwarzen Bande erhalten.

Posen. Der zurzeit vertretungsweise in Kiel tätige Breslauer Privatdozent der Chirurgie Dr. Fritsch, ein Sohn des im Vorjahre verstorbenen bekannten Gynäkologen, ist als Nachfolger des kürzlich nach Berlin übergesiedelten Geh. Medizinalrat Prof. Borchard zum Chefarzt der chirurgischen Abteilung der hiesigen Diakonissen-Krankenanstalt berufen worden.

Altona. Geh. Sanitätsrat Dr. Julius Peter Wilhelm Wallichs, Kreisarzt a. D., ist im Alter von beinahe 87 Jahren gestorben. Jahrzehntelang hat er eine führende Rolle sowohl unter den preußischen Medizinalbeamten, als auch in der ärztlichen Standesbewegung gespielt. Während einer Reihe von Jahren redigierte er das „Aerztliche Vereinsblatt", und mehr als zwei Jahrzehnte führte er den Vorsitz in der Aerztekammer für Schleswig-Holstein. Als Schriftsteller hat er sich auf dem Gebiete des öffentlichen Gesundheitwesens nachhaltig und erfolgreich betätigt.

Frankfurt a. M. An der hiesigen Universität sind die bekannten Kliniker Prof. Karl v. Noorden, früher in Wien, und Geheimrat Prof. Dr. Heinrich Quincke, früher in Kiel, zu ordentlichen Honorarprofessoren ernannt worden. In der sozialwissenschaftlichen Fakultät erhielt dieselbe Stellung Hofrat Dr. med. et phil. h. c. Bernhard Hagen, Direktor des städtischen Völkermuseums, ein hervorragender Anthropologe, der von Hause aus ebenfalls Arzt ist. Vorübergehend lehrte Prof. Hagen in Heidelberg Anthropologie.

Würzburg. Als Nachfolger des verstorbenen Prof. Dr. Boveri ist der Prof. extraord. Dr. W. Schleip in Freiburg i. B. zum ordentlichen Professor der Zoologie und vergleichenden Anatomie an der hiesigen Universität ernannt worden.

Karlsruhe. Im Alter von 73 Jahren starb Dr. Otto Ammon, früher Journalist und Zeitungsherausgeber, später anthropologischer Forscher, der vor längerer Zeit wegen seiner Verdienste auf letzterem Gebiet von der medizinischen Fakultät der Universität Freiburg i. B. zum Ehrendoktor ernannt wurde.

Rom. Der auch in Deutschland sehr bekannte Kliniker Prof. Guido Baccelli ist im Alter von 83 Jahren gestorben. Er hat sich nicht nur als bedeutender Arzt, sondern auch als Politiker einen Namen gemacht. Bereits 1853 mit seinen Studien fertig, war er schon 1856 zum Professor der gerichtlichen Medizin ernannt worden, lehrte daneben aber auch Botanik und allgemeine Pathologie, später auch klinische Medizin. In der Folge war er einige Jahre Inhaber der auf seine Anregung neu geschaffenen Professur der pathologischen Anatomie, bis er endlich 1870 auf den Lehrstuhl der klinischen Medizin berufen wurde, den er seitdem dauernd bekleidete, abgesehen von den Unterbrechungen, die seine akademische Wirksamkeit durch Uebernahme von Ministerien erfuhr. Jahrzehntelang ein hervorragendes Mitglied der Deputiertenkammer, wurde Baccelli im Zeitraum von 1880—1900 dreimal zur Leitung des Unterrichtsministeriums berufen, einmal (1901 bis 1903) auch mit dem Posten des Ackerbauministers betraut. In diesen Stellungen hat er sich bleibende Verdienste um den Volksunterricht, das Universitätswesen und die öffentliche Hygiene (Sanierung der Campagna) erworben. Mit der deutschen Wissenschaft, besonders mit Rudolf Virchow, unterhielt Baccelli innige Beziehungen; als offizieller Vertreter der medizinischen Wissenschaft seines Landes hat er mehrfach in Berlin geweilt. Eine größere Anzahl von Veröffentlichungen aus der klinischen Medizin und der Hygiene machte ihn zum führenden medizinischen Schriftsteller seiner Zeit in Italien.

Gerichtliches.

Leipzig. Wegen **fahrlässiger Tötung** hatte das Landgericht Zwickau die Krankenbehandlerin H. zu sechs Monaten Gefängnis verurteilt. Sie hatte durch ungeeignete Behandlung den Tod einer Frau verschuldet, die an einem eingeklemmten Bruch litt. Die Revision der Angeklagten ist kürzlich vom Reichsgericht verworfen worden.

Traunstein. Der im bayerischen Oberland sehr bekannte Beinbruchdoktor A. aus Bernhardsberg hatte sich vor der hiesigen Strafkammer wegen **fahrlässiger Tötung** zu verantworten. Er hatte ein 11jähriges Mädchen wegen eines offenen Beinbruchs behandelt; während der Behandlung war tödliche Blutvergiftung eingetreten. Der Angeklagte wurde zu sechs Monaten Gefängnis verurteilt.

Verschiedenes.

Wien. Der **„Militärarzt"**, die Zeitschrift für das gesamte Sanitätswesen der österreichischen Armeen, die von Dr. Adolf Kronfeld redigiert wird und im Verlage der k. u. k. Hofbuchhandlung Moritz Perles in Wien erscheint, konnte zu Beginn dieses Jahres auf ein 50 jähr. Bestehen zurückblicken.

IV. Amtliche Mitteilungen.

Bekanntmachung.

Die am 1. Januar 1916 in Kraft getretene Deutsche Arzneitaxe für das Jahr 1916 ist in der Weidmannschen Buchhandlung, hier SW. 68, Zimmerstr. 94, erschienen und dort käuflich zu haben.

Berlin, den 6. Januar 1916.

Der Polizei-Präsident.
I. V.: Hoffmann.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: San.-Rat Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil S. Caspari, Berlin-Schöneberg
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW. 68, Alexandrinenstraße 110.

85. Jahrgang **Berlin, 29. Januar 1916** **No. 5**

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Steinplatz 105 56

85. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Referate.

Pharmakotherapie.

Dr. J. **Löblowitz**, Facharzt für Hautkrankheiten (Olmütz): **Behandlung eitriger und jauchender Wunden mit schwachen Silbernitratlösungen.** (Medizin. Klinik, 1915, No. 46.)

Die Silbernitratlösung wirkt auf eitrige und jauchende Wunden sicher desinfizierend, adstringierend, epithelisierend, desodorierend, sie ist vollständig ungiftig, in der zur Verwendung gelangenden Konzentration (1:1000 bis 1:500) sehr wenig schmerzhaft, sie ist leicht herstellbar und überaus billig. Die Handhabung ihrer Anwendung von äußerster Einfachheit. Eine eventuelle leichte Verfärbung der Hände des Arztes ist durch Benutzung einer Lösung (Hydrarg. bichlorat. corros., Ammonii chlorati āā 10,0, Aq. destill. 80,0) leicht zu beseitigen; eventuelle Schwarzfärbung der Wäsche bei unvorsichtigem Manipulieren mit Lapislösung läßt sich durch Einlegen der Wäsche in Bleichkalklösungen sicher entfernen. Auf Grund dieser Ausführungen empfiehlt Verf. eine allgemeine Anwendung der schwachen Silbernitratlösungen zur Behandlung eitriger und jauchender Prozesse dringend. Kr.

Dr. **P. Schrumpf** und Dr. **W. F. v. Oettingen** (Niederlahnstein): **Das Pyoktanin in der Kriegschirurgie.** (Münch. medizin. Wochenschr., 1915, No. 12.)

Vor etwa 25 Jahren empfahl der Ophthalmologe Stilling das Pyoktanin (Methylviolett) zur Behandlung eiternder Wunden. Jedoch bürgerte sich das Pyoktanin in der Therapie des Menschen nicht ein, während es in der Tierwundbehandlung das Bürgerrecht erworben hat. Die Verfasser haben nun auf Anregung von Stilling das Pyoktanin bei der Behandlung von eiternden Kriegsverletzungen in Anwendung gebracht, und zwar mit gutem Erfolg. Sie berichten kurz über ihre Erfahrungen. Das von Merck dargestellte Pycktanin pur. (100 g 4,50 M.) ist ein grünviolettes Pulver, etwas klebrig, welches in Wasser aufgelöst, schon in geringster Menge eine intensive violette Färbung ergibt. Bei eiternden und jauchig-gangränösen Wunden bewährte sich Pyoktanin ausgezeichnet. Die Verfasser geben folgende Anweisungen für die Anwendung des Pyoktanins. Handelt es sich um flache Wunden, so wird die Wunde in ihrer ganzen Ausdehnung mit Pyoktanin in dicker Schicht bestreut und mit einem aseptischen, trockenen Verband fest bedeckt. Der Verband wird nach 2—3 Tagen gewechselt. In den meisten Fällen klebt der Verband der Wunde leicht an, wird er abgenommen, so ist die Wundfläche rein, frisch granulierend und blutet manchmal leicht. In vielen Fällen genügt ein erster Pyoktaninverband, und es konnte die Wunde weiter steril oder mit Silbernitratsalbe behandelt werden. Finden sich noch eiternde Stellen, so wird der Pyoktaninverband erneuert. Hohlwunden mit breitklaffendem Eingang werden wie flache Wunden behandelt, möglichst viel Pyoktanin in Substanz. Für penetrierende Schußkanäle, offene Knochenbrüche empfehlen die Verfasser folgendes Verfahren. Durch Zusatz von wenig Wasser, etwas Alkohol, wird mittels gründlichen Umrührens ein sirupartiger Brei von Pyoktanin hergestellt, der in den Schußkanal eingeträufelt wird. Wird außerdem noch ein Gummidrain benützt, so wird dieser vor dem Einführen angefeuchtet und in trockenes Pyoktanin getaucht. Dasselbe geschieht bei Gazestreifen. Auf diese Weise werden auch bei tiefen, penetrierenden Wunden, bei denen die Anbringung einer Gegeninzision am Platze gewesen wäre, sehr gute und rasche Erfolge erzielt. Durchweg wird die Wunde durch Pyoktanin sehr rasch völlig desodoriert. In den meisten Fällen ist auch ein rascher Temperaturabfall zu beobachten. Durch Pyoktanin werden die Bakterien intensiv gefärbt und dadurch unschädlich gemacht, die nekrotische tierische Zelle wird im Gegensatz zu der gesunden, die nur schwach gefärbt wird, wegen ihrer sauren Reaktion ebenfalls intensiv gefärbt und abgestoßen, wodurch eine schnelle und gründliche Säuberung der Wunde bewirkt wird. Ein Uebertritt des Farbstoffes in das Blut ist nur da zu erwarten, wo durch Sepsis die alkalische Reaktion des Blutes verändert oder gar aufgehoben ist. R. L.

1. Prof. Dr. **Blind** (Straßburg i. E.), zurzeit Stabsarzt beim Reservelazarett Bad Polzin: **Kriegschirurgische Erfahrungen mit Pellidol.** (Münch. med. Wochenschr., 1915, No. 36.)
2. Dr. **Gustav Harter** (Wien): **Pellidolsalbe als Ekzemheilmittel.** (Ebenda, No. 41.)

Von der eigenartigen Wirkung des Scharlachrotersatzes Pellidol auf die Ueberhäutung ausgedehnter granulierender Wundflächen ist in letzter Zeit viel die Rede gewesen. Die Urteile lauten sehr günstig. Blind (1) kann diese günstigen Erfahrungen durchaus bestätigen, und er glaubt, überall dort ausgiebige Verwendung des Mittels in Gestalt der 2 proz. Salbe empfehlen zu können, wo Eiterung oder anderweitige Hinderungsgründe plastischen Wundverschluß, Hautüberpflanzung oder Spätnaht ausschließen. Pellidolbehandlung ergibt vielfach geradezu verblüffend rasche und sichere Ueberhäutung mit nur seltenen, leicht überwindlichen Reizerscheinungen. Verf. hat Pellidol in einer sehr großen Zahl von Fällen angewandt und manchmal unter Ausschluß jeder weiteren Heilmaßnahme als der etwaigen Abtragung brandiger Muskelfetzen und abgestorbener Faszienstreifen gewaltige Weichteildefekte zur Vernarbung gebracht, wo der gebräuchliche chirurgische Wundverschluß aus bestimmten Sondergründen von vornherein aussichtslos war. — Dr. Harter (2) berichtet über seine ausgezeichneten Erfolge mit der Pellidolsalbe bei Ekzem. Er hat stets die gleichen Erfolge gehabt. Belästigungen durch Färbung oder Geruch gibt es dabei nicht. Wenn Dr. Arnold Störzer in der No. 37 der „Münch. med. Wochenschr." über einen Fall von Ekzem nach Anwendung von Pellidolsalbe berichtet, so handelt es sich hierbei nach H. wohl um eine Idiosynkrasie. H. hat, trotzdem er während der ganzen Kriegszeit bei größeren Hautdefekten Pellidolsalbe anwendet, noch nie ein Ekzem als Folgeerscheinung auftreten sehen.

1. Dr. **Johannes Trebing**, 1. Assistent der Prof. v. Bardelebenschen Poliklinik für Frauenleiden in Berlin: **Levurinose in der Frauenpraxis.** (Zentralbl. f. Gynäkologie, 1915, No. 49.)
2. Dozent Dr. med. **Vörner** (Leipzig): **Zur Anwendung der Levurinose bei Hautkrankheiten.** (Münch. med. Wochenschr., 1915, No. 46.)

Levurinose ist eine von der chemischen Fabrik J. Blaes in Lindau hergestellte Hefe, welche von höchster Wirksamkeit für therapeutische Zwecke ist. Die Hefezellen der früher verordneten frischen Hefe hatten nur eine kurze Lebensdauer, und daher erlosch ihre Wirkung auch nach kurzer Zeit. Die hervorragende Stellung der Levurinose von Blaes unter den neueren Hefepräparaten ist in letzter Zeit durch zahlreiche Publikationen von maßgebender Seite gewährleistet. Allen Autoren zeigte sich die hervorragende Wirkung der Levurinose bei Furunkulose, Hautunreinigkeiten, Akne und verwandten Hautausschlägen, verschiedenen Formen der Ekzeme, Hautkrankheiten gastrointestinalen Ursprungs, bei Stoffwechselanomalien und chronischer Obstipation. Hirschfeld behandelte mit Levurinose vornehmlich den Fluor albus der Frauen und berichtet, daß er in relativ kurzer Zeit mit dieser Methode fast immer zum Ziele gekommen sei und nur in einigen besonders hartnäckgen Fällen schließlich doch noch die Aetzung zu Hilfe nehmen mußte. Auch Dr. Trebing (1) ist mit der Behandlung des so lästigen weißen Flusses mit Levurinose-Blaes sehr zufrieden gewesen. Behandelt wurden Entzündungen der Portio, Erosionen, entzündliche Katarrhe der Scheidenschleimhaut, leichte Endometritiden und Entzündungen der Vulva. Auch er beschränkte sich lediglich auf diejenigen Fälle, bei denen keine Komplikationen durch andere Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane bestanden, obgleich bei diesen ein symptomatischer Erfolg durch Levurinose in Gestalt einer Besserung und Verringerung des Ausflusses wohl denkbar wäre. Die Anwendungsform ist sehr einfach. Im Milchglasspekulum wurde erst die Cervix mit einer mit Watte umwickelten Playfairsonde sauber gereinigt, hierauf mit einem Wattetampon eine gründliche Reinigung der Scheidenschleimhaut vorgenommen, dann wird ca. 1 Teelöffel Levurinose in das Spekulum geschüttel und durch einen Tampon fixiert. Am Abend, d. h. meistens nach 8—9 Stunden, läßt Verf. den Tampon durch die Patientin entfernen und eine Spülung mit Kamillen, bei stärkerem eitrigen Ausfluß anstatt der Kamillenspülung eine Irrigation mit Zinc. chlor. und Aqu. dest. zu gleichen Teilen, ca. 1 Eßlöffel auf 1 Liter Wasser, vornehmen. Bei leichten Katarrhen genügt eine Applikation der Levurinose jeden 2. Tag, bei hartnäckigen und langwierigen Entzündungen wird sie täglich vorgenommen. Auch konnte T. den überaus günstigen Einfluß der inneren Darreichung von Levurinose (3 mal täglich 1 Eßlöffel vor dem Essen) bei jungen Mädchen von 15—18 Jahren, welche im Gesicht, Stirn, Brust und Rücken an zahlreichen Hautunreinigkeiten, Akne im Zusammenhang mit Menstruationsbeschwerden litten, feststellen. Schon nach wenigen Tagen begann ein großer Teil der Akneknötchen zu verschwinden, und nach 4—5 Wochen zeigte in den meisten Fällen die Haut ein glattes und frisches Aussehen, der Appetit nahm zu, Verdauung und Stuhlgang wurden geregelt und viele Patientinnen nahmen an Gewicht zu. — Dr. Vörner (2) bestätigt die ausgezeichneten Erfahrungen, die mit der Levurinose von Blaes bei Hautaffektionen intestinalen Ursprungs gemacht wurden. Doch hat er nicht minder günstige Erfahrungen bei Dermatosen gemacht, die in keinem Zusammenhange mit den Funktionen des Verdauungstraktes stehen. Weiterhin kommen Zustände der Sexualorgane in Betracht. Befriedigende Erfolge konnte er bei der Akne des Pubertätsalters und bei Menstrual- und Graviditätsexanthemen konstatieren. Ferner war ein günstiger Einfluß bei der bei Tuberkulosekranken häufigen Akne trunci, welche sich durch eine gewöhnlich kräftige Pigmentierung ihrer Basis sowie einen chronischen Verlauf auszeichnet, zu bemerken. Außerdem sind hier als Beispiele noch einige Patienten zu erwähnen, welche an Furunkulose, Follikulitis, Acne rosacea und Pruritus localis bei bestehenden chlorotischen und anämischen Zuständen litten. Schließlich bemerkt V. noch, daß auch in einigen Fällen von Prurigo der Kinder die Verabreichung von Levurinose eine wertvolle Bereicherung der übrigen therapeutischen Maßnahmen bildete. Ebenso verloren Patienten mit rezidivierendem Herpes mucosae oris und mit dem gleichen Prozesse des Genitale ihre lästige Affektion. Ungemein wichtig für den Erfolg der Levurinosekur ist die Regelung der Diät in jedem Falle.

Dr. A. **Bochynek**, 1. Assistenzarzt am Kreiskrankenhaus Berlin-Lichterfelde: **Zur Behandlung des weiblichen Fluor mit Yatrengaze.** (Klinisch-therapeut. Wochenschr., 1915, No. 44.)

Yatrengaze ist nach Verf. Erfahrungen ein vorzüglich austrocknendes, desodorisierendes, reizloses Mittel bei Fluor albus, chronischer Gonorrhoe und akuter Gonorrhoe. Verf. hat durchweg 20 proz. Gaze verwandt, glaubt indessen, daß man in vielen Fällen von unspezifischem Fluor mit 10 prozentiger auskommen wird. Er hat in jedem Krankheitsfalle zunächst täglich tamponiert und erst später einige Tage überschlagen. Selbst bei täglicher Anwendung hat Verf. niemals irgend welchen Schaden bemerkt, insbesondere keine Erosionen entstehen sehen; im Gegenteil: Epitheldefekte heilten unter dieser Behandlung sehr gut aus. Ueberraschende Erfolge sah Verf. vor allem bei gewöhnlichem, unspezifischem Fluor. Hier kann schon nach wenigen Tagen Besserung oder gar Heilung eintreten. In zweiter Linie kommen Fälle von länger bestehender Gonorrhoe in Betracht, die nach rascher anfänglicher Besserung dann doch ca. 4—6—8 Wochen zur Ausheilung brauchen. Am längsten dauerte die Behandlung bei frischer, akuter Gonorrhoe (bis durchschnittlich 10 Wochen). Versagt hat die Behandlung bei frischen Fällen mit Komplikationen von Endometritis und Pyosalpingitis. Bezüglich der Wirkung der Gaze glaubt Verf., daß es sich in der Hauptsache und zunächst um eine Saugwirkung handelt und die medikamentöse Jodwirkung nur in zweiter Linie in Betracht kommt. Er hat sich davon überzeugt, daß andere imprägnierte und gewöhnliche unpräparierte Gaze auch einen großen austrocknenden Wert hat. Aber einen hervorragenden Vorzug hat das Yatren: es macht die Tamponade völlig geruchlos und reizlos, wozu die anderen Gazen im unangenehmsten Gegensatz stehen. Außerdem sieht man nach Yatrenbehandlung die Scheidenflora sehr rasch stark abnehmen, was augenscheinlich auf das Ausgelaugtwerden der Gaze und Abspaltung von freiem Jod aus Yatren zurückzuführen ist (Gelbfärbung des Vaginalschleims). Kr.

Ophthalmologie.

Prof. Dr. **Oloff**, Marine-Oberstabsarzt (Kiel): **Ueber Kriegsschädigungen des Auges.** (Münch. med. Wochenschr., 1915, No. 8.)

Verf. weist zunächst auf die zunehmende Häufigkeit der Augenverletzungen im modernen Kriege hin, die in der modernen Kampfesweise begründet ist. Außer den direkten Verletzungen der Augen spielen auch die indirekten, durch Kontusionswirkung hervorgerufenen Schädigungen eine große Rolle. Das Auge kann dabei äußerlich einen durchaus normalen Eindruck machen. Zum Zustandekommen einer Kontusionswirkung am Auge brauchen weder der Augapfel, noch die knöcherne Augenhöhlenwand direkt vom Geschoß getroffen zu sein. Es genügt, wenn ein benachbarter Schädel- oder Gesichtsknochen getroffen ist; die hier entstehende explosive Wirkung kann sich auf das Auge fortpflanzen und sehr charakteristische Augenstörungen hervorrufen. Diese Art von Augenverletzungen kommt (wie auch Ref. aus eigener Erfahrung bestätigen kann) im modernen Krieg besonders häufig vor. — Wenn das Geschoß oder Teile desselben in die Augenhöhle selbst eindringen, kommt es zu Gewebszertrümmerung und Gefäßzerreißungen, die zunächst hochgradige retrobulbäre Blutergüsse bedingen und hierdurch zu Ptosis und Exophthalmus führen. Bleibt der Augapfel erhalten, so beherrschen im Anfang intraokulare Blutungen das Krankheitsbild, nach Aufsaugung derselben kommen charakteristische Veränderungen am Augenhintergrund zum Vorschein. Aehnliche Veränderungen kommen aber infolge von indirekter Sprengwirkung auch vor, ohne daß der Augapfel oder der sonstige Orbitalinhalt oder die Wandungen der Orbita getroffen sind. Die Wirkung am Augapfel selbst besteht darin, daß der hintere Pol plötzlich eingestülpt wird. Infolgedessen kommt es zu Zerreißungen der inneren Häute, insbesondere der Aderhaut, und zu starken intraokularen Blutungen. Nach Aufsaugung derselben finden sich entweder isolierte typische Aderhautrisse, konzentrisch zum Sehnervenkopf, oder die Netzhaut-Aderhaut ist mehr multipel und unregelmäßig zerrissen, und es kommt dann zu bindegewebigen Vernarbungsprozessen in der Form von umschriebenen zackigen, weißlichen, teilweise pigmentierten Herden am hinteren Pol (Retinitis proliferans). In anderen Fällen kommt es durch plötzliche Erhöhung des intraokularen Druckes auch zu Netzhautablösung, Linsenluxation, Abreißung der Regenbogenhaut. — Aehnliche Wirkungen auf das Auge können auch entstehen, wenn außerhalb des Körpers durch Explosion plötzlich eine sehr starke Erhöhung des Luftdrucks stattfindet. R. L.

Hygiene.

Max Beck und **Hermann von Schrötter: Ueber ein neues Kälteschutzmittel.** (Wiener klin. Wochenschr., 1915, No. 43.)

Es handelt sich um die Vorlage eines auf elektrischem Wege heizbaren Monturstückes, beziehungsweise eines Unterbeinkleides, welches den Zweck hat, als Prophylakticum gegen die Erfrierung zu dienen. Der genannte Elektrowärmer ist überall dort anwendbar, wo Strom mit den üblichen Bedingungen zur Verfügung steht. Entsprechend gespannt und geschaltet und in ausreichendem Maße gegen leitende Flüssigkeiten isoliert, gewährt er vollkommene Sicherheit. Das Ge-

wicht des Bekleidungsstückes stellt sich auf rund 850 g, der Preis in allem ca. 120 Kr. Der Preis kann in Rücksicht auf den sinnfälligen Nutzen nicht in die Wagschale fallen, wenn man sich gegenwärtig hält, daß im Winter, insbesondere im Hochgebirge, das Funktionieren eines Wachpostens geradezu an eine ausreichende Erwärmung geknüpft ist, wovon gegebenenfalls der Schutz eines ganzen Truppenteils, einer Stellung abhängt. Mit etwa zehn solcher Hosen würde man im Hinblicke darauf, daß dieselben ja schließlich auch von Mann auf Mann zu übertragen sind, für eine ganz beträchtliche Frontlänge auskommen. Jedenfalls könnte der Mann länger auf seinem Posten belassen und dadurch an Leuten gespart werden, als dies bei großer Kälte sonst der Fall ist. Auch der in der Deckung auf Ablösung harrende Mann könnte mit einer geheizten Hose versehen sein u. a. Ferner wird sich der Elektrowärmer im Lenkballone, im Aeroplan namentlich dann nutzbringend erweisen, wenn es sich um Aufstiege in größere Höhen bei ungünstiger Wetterlage handelt. Ebenso wird sich der Chauffeur bei Fahrten im Winter mit Vorteil elektrisch gewärmter Kleidung bedienen; denn es versteht sich ja, daß auf die beschriebene Art unschwer auch Westen, Armwärmer, eventuell mit einem Fortsatze für Handrücken versehen, hergestellt werden können. Bei einer Kraftquelle, wie sie in einem Automobile gegeben ist, spielt der zur Speisung eines solchen Anzuges erforderliche Aufwand an elektrischer Energie, angeschlossen etwa an die elektrische Beleuchtung, keine Rolle. Kr.

II. Feuilleton

Die Therapie der Keilschriftmedizin.

(Fortsetzung.)

Von

Felix Reinhard, Arzt (z. Z. in Wahn, Rhld.).

I. Medikamentöse Therapie.

Die einzelnen zu Medikamenten verwandten Stoffe scheinen im großen Ganzen schon in frühester sumerischer Zeit die gleichen gewesen zu sein, wie in spätester assyrischer. Sie sind bereits recht zahlreich, entstammen meist dem Pflanzenreiche, eine Anzahl jedoch auch den beiden anderen Naturreichen. Die im folgenden angeführten einzelnen Substanzen sind aus den erschlossenen Texten zum Teil mit Sicherheit, zum Teil mit Wahrscheinlichkeit, zum Teil nur vermutungsweise, einzelne schließlich noch gar nicht zu identifizieren. In welcher Weise, bei welchen Krankheiten und in Erwartung welcher Wirkung die Mittel von den Mesopotamiern gegeben wurden, ist nur zum kleinsten Teile bisher sicher bekannt. Was bekannt ist, geben wir im folgenden bei jeder Droge an. In den Fällen, wo wir wohl die Droge, nicht aber ihre Anwendungsweise kennen, führen wir, falls möglich, die entsprechenden Verhältnisse der etwa auf gleicher Stufe stehenden und annähernd gleichzeitig blühenden ägyptischen Medizin an, da bei dem regen Verkehr und der gegenseitigen kulturellen Beeinflussung beider Völker Analogien und zweifellos auch vielfach Uebereinstimmungen in ihrem medizinischen Handeln bestanden haben. Wo auch diese Quelle versagt, wenden wir uns an die zeitlich und kulturell am nächsten stehenden Völker, insbesondere die Hellenen, was schon allein deshalb berechtigt ist, weil nachweislich die hellenische Kultur und Wissenschaft von der alt-orientalischen beeinflußt worden ist, in der Wissenschaft, speziell gerade in der Medizin, ihr sogar manche Grundlagen verdankt; freilich hat der selbständige hellenische Geist darauf dann eine neue, durchaus eigenartige Wissenschaft aufgebaut.

A. Die einzelnen Medikamente.

1. Pflanzliche Produkte.

a) Zunächst besprechen wir diejenigen Pflanzen, die in Mesopotamien als wichtige Nahrungsmittel dienten, außerdem aber auch therapeutische Verwendung fanden.

1. Hordeum vulgare oder eine Varietät resp. Subspezies dieses, die Gerste, wurde in Mesopotamien seit altersher kultiviert, ja, man nimmt sogar an, daß in Mesopotamien die Gerstenkultur ihren Ursprung habe. Aus der Frucht wurde das zum täglichen Gebrauch am meisten benutzte Brot bereitet. In der Therapie wurden Gerstenmehl und Gerstenbrei verwandt, wahrscheinlich sowohl äußerlich zu Umschlägen, Packungen, Bähungen usw., wie auch innerlich als schleimige Abkochung. Auch „weißer Teig", also bereits zum Zwecke der Brot- oder Kuchenbereitung verarbeitetes Mehl, findet sich in den Keilschriftrezepten erwähnt.

2. Phoenix dactilifera, die Dattelpalme, bildete ein Hauptnahrungsmittel von mannigfacher Anwendung, die jüngsten Blätter als Gemüse, die Früchte und selbst die Samen dienten zur Nahrung; auch ein Dattelwein und Dattelbrot wurden hergestellt. In den medizinischen Texten werden erwähnt: Dattelsaft, Dattelholz, Dattelschrot und das „Innere der Dattel", wohl der Kern.

Der Dattelsaft, der Fruchtsaft, der hauptsächlich als Geschmackskorrigenz den Arzneien zugesetzt wurde, wird wohl auch, wie in der späteren Medizin, als Expektorans gegeben worden sein. Der Saft der jungen Dattelblätter wirkt leicht purgierend, die unreife Frucht adstringierend. Allgemein im Volke galten die Datteln als Diäteticum und Prophylakticum gegen Leibschmerzen. Dementsprechend wird in Küchlers Text empfohlen, Dattelschrot, wohl die zerkleinerte Frucht, mit Rübsamenmehl in Bier oder Wein einzunehmen. Weiteres über spezielle Verwendungsweise der Dattelpalme läßt sich aus den bisher erschlossenen Keilschrifttexten nicht entnehmen. Im alten Aegypten galt der Dattelsaft auch als Stärkungsmittel, und die frischen Früchte fanden, zerquetscht als Brei auf den Leib gestrichen, bei Darm- und Blasenleiden Verwendung.

3. Allium-Arten. Zwiebel und Lauch, jedoch nicht Knoblauch, waren neben den beiden vorgenannten die beliebtesten Nahrungsmittel der Mesopotamier. Allium cepa, die Sommerzwiebel, und Allium ascalonicum, die Schalotte, werden wohl hauptsächlich von Zwiebeln kultiviert worden sein, vielleicht auch Allium magicum und Allium nigrum; die Texte erwähnen besonders häufig „hellfarbene" Zwiebeln. Von den Laucharten kamen wahrscheinlich Allium porrum, Aschlauch, und Allium Schoenoprasum, Schnittlauch, in Anwendung.

Außer als Nährmittel waren Zwiebel und Lauch von den orientalischen und anderen Völkern des Altertums (Aegypter, Griechen) hochgeschätzt als Diuretica und Anthelminthica, auch als Aphrodisiaca und Antiasthmatica, sowie äußerlich als abszeßeröffnende Mittel. Speziell die Keilschrifttexte berichten uns hierüber nichts, doch können wir die entsprechenden Verhältnisse im alten Aegypten und in Griechenland wohl ohne nennenswerten Irrtum auf Babylon-Assyrien übertragen.

Wie oben erwähnt, war der Knoblauch, Allium sativum, in Mesopotamien nicht in so ausgedehntem Maße Nahrungsmittel als die beiden anderen Arten, während er hingegen bei Aegyptern und Juden neben Zwiebel und Lauch als Nahrungsmittel hochgeschätzt war. Außerdem aber galt er diesen Völkern als heilige Pflanze. Bezüglich dieses Kultes des Knoblauchs ist aber folgendes bemerkenswert: Erstens, daß in der babylonischen Mythologie die Kriegs- und Geburtsgöttin Istar (semitisch Joledeth, Entbinderin, genannt) neben dem „Geburtsstein" auch eine „Geburtspflanze" in Besitz hat, die zum günstigen Ausgang einer Geburt beiträgt, sodann, daß in der späteren griechischen Medizin Hippokrates eine Knoblauchart als ein Räuchermittel, das bei Gebärenden den Uterus („den geschlossenen Muttermund") eröffnen soll, bezeichnet. Bei dem Zusammenhang der griechischen mit der mesopotamischen Kultur ist anzunehmen, daß die Griechen auch diese Pflanze und ihre therapeutische Verwendung von Mesopotamien übernommen haben. Denn obwohl der Knoblauch in Babylon-Assyrien nicht zur Nahrung benutzt wurde, so ist doch seine Verehrung daselbst als mystisches oder rationelles Heilmittel nicht ausgeschlossen. Wahrscheinlich galt also bereits der mesopotamischen Kultur eine Knoblauchart als „Geburtspflanze", sowohl als die „heilige" mystische der Göttin Istar, als auch später, nach Verblassung des mystischen Ursprunges, als ein Mittel der rationellen Pharmakotherapie, speziell in der Geburtshilfe. Mystische und rationelle (oder für solche gehaltene) Therapie gehen ja häufig ineinander über. Von Babylon aus fand dann dieser geburtsbefördernde Knoblauch seinen Weg nach Griechenland und weiter. Noch heute verordnet in Sizilien die Volksmedizin, zur Erleichterung der Entbindung eine Knoblauchpflanze auf das Bett der Kreißenden zu legen. Sie findet also dort wieder in der ursprünglichen mystischen Weise Verwendung. Uebrigens ist zu bedenken, daß selbst die anscheinend rationelle Verwendung zu Uterusräucherungen durch Hippokrates im letzten Grunde sich auch von der Mystik herleitet, nämlich vom Opferrauch.

Im übrigen fand Allium sativum in Aegypten und Griechenland dieselbe therapeutische Verwendung, wie die anderen Alliumarten; ob auch in Mesopotamien, das läßt sich aus den Keilschrifttexten nicht ersehen.

4. Brassica. In den Texten wird ein Rübsamenmehl, innerlich eingenommen, als therapeutisches Mittel erwähnt. Die nähere Identifikation der im Texte gemeinten Brassicaart ist nicht möglich. Bei den alten Aegyptern sind Brassica Rapa und Brassica Napus nachgewiesen. Der Wurzelsaft der ersteren diente der späteren abendländischen Medizin gegen Husten und als Diureticum.

5. Sesamum oleïferum sive orientale. Wie Gerste die Brotfrucht, so war Sesamum die Oelfrucht kath' ex ochen Mesopotamiens. Der ölreiche Samen lieferte das Oel für den täglichen Gebrauch. Aber auch die therapeutische Verwendung des Oels war ausgedehnt. Vor allem war es die wichtigste Grundlage der zu Einreibungen benutzten Oele und Salben schon im alten Sumerien; auch war es Extraktionsmittel mancher zum inneren Gebrauch dienenden Drogen. Außer dem Oel wurden noch der Oelkuchen und der Samen therapeutisch

verwendet, letztere vielleicht als Emmenagogum und Abortivum (? wie in der späteren abendländischen Heilkunde). Ob auch, wie in Aegypten, das schleimreiche Kraut als schmerzstillendes Emmolliens bei Katarrhen usw. verordnet wurde, muß dahingestellt bleiben.

6. Olea europaea, die Olive, aus deren Frucht das Olivenöl gewonnen wird, war in Mesopotamien nicht heimisch, wohl aber im Westen Kleinasiens. Mag daher in den ältesten Zeiten das Olivenöl in Mesopotamien nicht bekannt gewesen sein, so steht doch fest, daß später, zur Zeit ihrer „Weltherrschaft", die Mesopotamier das Oel aus den westlichen Oelbaumländern bezogen und therapeutisch benutzt haben.

7. Ricinus communis. Christuspalme, Wunder- oder Kervabaum, ist in den Keilschrifttexten als medizinische Droge zwar nicht mit Sicherheit nachzuweisen, doch scheint ein an verschiedenen Stellen als „Baumöl" bezeichnetes Oel nicht anders, denn als Rizinusöl gedeutet werden zu können. In der übrigen alten Medizin, namentlich in Aegypten, waren von der sogar kultivierten Pflanze das abführende Oel, die Frucht und der Saft in Benutzung.

8. Misy, die Trüffel. Den Namen „Misy" sollen die Griechen von Babylon übernommen haben. Welche Trüffelart gemeint ist, ob vielleicht Terfezia leonis oder eine andere, weiß man nicht. Als Arznei wird sie wohl, wie überall, wo sie in der Heilkunde benutzt wurde, als Aphrodisiacum gedient haben.

9. Saccharomyces, Hefe, wurde bei der Wein- und Biergärung gewonnen, und es werden wohl ähnliche Arten wie unsere Saccharomyces cerevisiae u. a. therapeutisch innerlich (als Purgans) und äußerlich Verwendung gefunden haben.

10. Rauschtrank war eine Allgemeinbezeichnung für alkoholische Getränke. Sowohl Wein, auch Weinwasser, diente als Extraktionsmittel der Drogen, als auch „Kwaß", eine Art Bier, von dem die Mesopotamier verschiedene Sorten brauten und nicht ungern tranken.

(Fortsetzung folgt.)

III. Tagesgeschichte

Standesangelegenheiten, Medizinal-Gesetzgebung, soziale Medizin etc.

Berlin. Die **Aerztekammer für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin** hielt am 22. Januar d. J. eine Sitzung ab, in der die Bevölkerungspolitik einen wichtigen Teil der Tagesordnung bildete. Es war der Kammer seitens des Aerztekammerausschusses ein Antrag der rheinischen Kammer „Zur Standesordnung folgenden Zusatz zu beschließen: Es ist standesunwürdig, einen künstlichen Abortus ohne vorhergehende gewissenhafte Indikationsstellung in Beratung mit einem zweiten Arzte auszuführen. Die Indikationsgründe sind protokollarisch kurz festzulegen, mit den Unterschriften zu versehen und fünf Jahre lang von dem operierenden Arzte aufzubewahren" zur nochmaligen Beratung überwiesen worden. Dieser Antrag wurde abgelehnt, da die Berliner Aerztekammer bisher keine Standesordnung erlassen habe und der in dem Antrag gekennzeichnete Tatbestand durch den geltenden Ehren- und Strafkodex ohnehin ausreichend bedroht werde. Dagegen beschloß die Kammer folgende Erklärung: „Die Berlin-Brandenburger Aerztekammer hält eine Einschränkung der künstlichen Schwangerschaftsunterbrechung für erstrebenswert und — auch ohne ehrengerichtliche Sonderbestimmungen — für erreichbar."

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Breslau. Der langjährige Ordinarius der Anatomie Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Hasse wird am Schluß des kommenden Sommersemesters in den Ruhestand treten.

Königsberg i. Pr. Nach längerem Leiden, das ihn nicht abgehalten hatte, als beratender Chirurg im Felde dem Vaterland seine Dienste zur Verfügung zu stellen, ist der ordentliche Professor der Chirurgie an der hiesigen Universität Dr. Paul Leopold Friedrich im Alter von noch nicht 52 Jahren gestorben. Nach Beendigung seiner Studien zuerst bis 1891 in der pathologisch-bakteriologischen Abteilung des Kaiserl. Gesundheitsamts tätig, hatte sich Friedrich in den folgenden Jahren unter Thiersch und Trendelenburg in der Chirurgie ausgebildet und sich für dieses Fach in Leipzig habilitiert. 1896 erfolgte seine Ernennung zum außerordentlichen Professor und Direktor der chirurgischen Universitätspoliklinik. 1903 wurde Friedrich als Nachfolger Biers Ordinarius der Chirurgie in Greifswald und in gleicher Eigenschaft von dort 1907 nach Marburg und endlich 1911 nach Königsberg versetzt. Der Verstorbene hat eine recht umfangreiche Forschertätigkeit entwickelt, die nicht minder der theoretischen Medizin, insbesondere der experimentellen Pathologie und der Bakteriologie, als der praktischen Chirurgie zugute gekommen ist. In letzterer Hinsicht verdienen seine Arbeiten zur Lungenchirurgie besonders hervorgehoben zu werden.

Budapest. Es haben sich habilitiert Dr. Ludwig Polvak und Dr. Johann Safranek für Laryngologie; Dr. Aladar Fischer und Dr. Ludwig Adam für Chirurgie; Dr. Milos Bogdanovics für Gynäkologie; Dr. Bela Kelen für Röntgenologie und Dr. Josef Csiky für innere Medizin.

— Der Privatdozent der Neurologie und Elektrotherapie Dr. A. Schwarz ist im Alter von 61 Jahren gestorben.

Kongreß- und Vereinsnachrichten.

Berlin. Eine außerordentliche Tagung der **Deutschen Vereinigung für Krüppelfürsorge** E. V. findet am 7. Februar 1916, vormittags 10 Uhr, im Plenarsitzungssaale des Reichstagsgebäudes in Berlin statt. Die angekündigten Vorträge betreffen die Fürsorgeanstalten und Arbeitsstätten für Kriegsbeschädigte. Von ärztlicher Seite werden sprechen: Prof. Biesalski, Generalarzt Schultzen, Berlin, Prof. Spitzy, Wien, Prof. Riedinger, Würzburg. Anmeldungen und Auskünfte bei dem Schriftführer, Professor Biesalski, Berlin. — Im Zusammenhang damit findet eine außerordentliche Tagung der **Deutschen Orthopädischen Gesellschaft** am 8. und 9. Februar 1916 im Plenarsitzungssaale des Reichstagsgebäudes in Berlin statt. Verhandlungsgegenstände: Prothesenfrage — Behandlung der Nervenverletzungen — Deform geheilte Oberschenkelfrakturen und Kontrakturen der Ankylosen. Anmeldungen und Auskünfte bei dem Vorsitzenden, Prof. K. Ludloff, Frankfurt a. M., Schumannstraße 11.

Gerichtliches.

Marburg. Zu acht Monaten Gefängnis wurde von dem hiesigen Landgericht ein 30 jähriger Kaufmann N. aus Schlesien verurteilt, der unter dem **Vorgeben, Doktor der Medizin zu sein,** im vorigen Jahre in Föhl die Vertretung des dortigen zum Heeresdienst eingezogenen Arztes übernommen hatte.

Verschiedenes.

Berlin. Unter dem Protektorat Sr. Kaiserlichen Hoheit des Deutschen Kronprinzen ist in Berlin ein Verein ins Leben gerufen und in das Vereinsregister eingetragen worden. Der Verein hat sich die Aufgabe gestellt, die Kriegswohlfahrt in der Deutschen Armee und Marine zu fördern, wofür er die staatliche Genehmigung erhalten hat, und trägt den Namen **„Feldgrau 1914-15"**, Verein für Kriegswohlfahrt in Armee und Marine, Berlin W. 9. Den Vorsitz führt Se. Exzell. Generalleutnant v. Gersdorff; stellvertretender Vorsitzender ist Konteradmiral Kalau v. Hofe; Schatzmeister Oberst Kalau v. Hofe; Schriftführer Oberst v. Witzleben und Beirat der Geschichtsmaler G. Adolf Closs. Die verfügbar werdenden Mittel werden bei der Deutschen Bank in Berlin hinterlegt und Sr. Kaiserlichen Hoheit dem Deutschen Kronprinzen zum Besten der Deutschen Armee und Marine überwiesen. Jeder Deutsche männlichen oder weiblichen Geschlechts kann Mitglied des Vereins „Feldgrau" gegen Zahlung eines einmaligen Beitrages von 1,50 M. werden. Dafür erhält jedes Mitglied eine Denkmünze mit dem Bildnis des Kronprinzen, eine Mitgliedskarte und die erste Lieferung des künstlerisch ausgestatteten Buches „Feldgrau im Weltkrieg 1914-15", außerdem wird jedes Mitglied in die Listen des Goldenen Buches eingetragen, welches Sr. Kaiserlichen Hoheit dem Deutschen Kronprinzen zum Andenken an die größte Zeit Deutschlands überreicht wird. Anmeldungen sind an den Schriftführer Herrn Oberst v. Witzleben, Berlin W. 9, zu richten.

Karlsruhe. Unter dem Vorsitz des Herrn Geh. Obermedizinalrats Dr. Hauser hat sich hierselbst eine **Badische Gesellschaft für soziale Hygiene** gebildet.

IV. Amtliche Mitteilungen.

Bekanntmachung.

Die Diphtherie-Heilsera mit den Kontrollnummern 1550 bis 1578 einschließlich, geschrieben: „Eintausendfünfhundertfünfzig bis Eintausendfünfhundertachtundsiebzig", aus den Höchster Farbwerken, 318 bis 322 einschließlich, geschrieben: „Dreihundertachtzehn bis Dreihundertzweiundzwanzig", aus der Merckschen Fabrik in Darmstadt, 359 bis 367 einschließlich, geschrieben: „Dreihundertneunundfünfzig bis Dreihundertsiebenundsechzig", aus dem Serumlaboratorium Ruete-Enoch in Hamburg, 248, geschrieben: „Zweihundertachtundvierzig", aus der Fabrik vorm. E. Schering in Berlin, 77 bis 94 einschließlich, geschrieben: Siebenundsiebzig bis Vierundneunzig", aus dem Sächsischen Serumwerk in Dresden sind, soweit sie nicht bereits früher wegen Abschwächung etc. eingezogen sind, vom 1. Januar 1916 ab wegen Ablaufs der staatlichen Gewährdauer zur Einziehung bestimmt.

Flaschen mit diesen Kontrollnummern dürfen hinfort nicht mehr in den Apotheken abgegeben werden und können nach der Vereinbarung mit dem Laboratorium bei kostenfreier Einsendung kostenlos gegen einwandfreies Serum eingetauscht werden.

Berlin, den 23. Dezember 1915.

Der Polizeipräsident.
I. A.: Schlegtendal.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: San.-Rat Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil S. Caspari, Berlin-Schöneberg ... Berlin SW 68, Alexandrinenstraße 110.

85. Jahrgang **Berlin, 5. Februar 1916** **No. 6**

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen,
Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Steinplatz 105 56

85. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Referate.

Chirurgie.

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **L. Warnekros** (Berlin): **Die Behandlung der Kieferbrüche.** (Wiener med. Wochenschr., 1915, No. 38.)

Heute werden bei Kieferbrüchen hauptsächlich Drahtverband und Kautschukschiene verwendet. Die Kautschukschiene wurde vom Verf. mit kleinen Verbesserungen versehen. Für einige Fälle wurden die Verbände als abnehmbare konstruiert, während andererseits die Schienen zur Befestigung der zerbrochenen Teile mit erwärmter Guttapercha versehen wurden. Diese gewährt nach ihrer Erhärtung ein sicheres Festhalten der Bruchteile, selbst wenn das Geschoß den Kiefer in viele einzelne Teile zerschmettert hat. Große Vorteile bietet diese Methode durch die Einfachheit der Anfertigung und die Uebersichtlichkeit der Wunde. Der Eiter kann frei abfließen, Sequester und Wurzelreste können nachträglich leicht entfernt werden oder sich selbst abstoßen. Anderer Art als im Frieden sind die Kieferverwundungen im Kriege. Meist findet man starke Zersplitterungen, mit mehr oder weniger großen Substanzverlusten verbunden. Zähne werden nicht nur gelockert, sondern auch häufig halb abgebrochen oder gänzlich herausgeschlagen. Bei vielen dieser Fälle erfüllen die Drahtverbände nicht ihren Zweck, da sie zu ihrer sicheren Befestigung Stützpunkte auf beiden Seiten der Bruchstücke verlangen. Die lockeren Zähne aber erlauben hierbei nur die Anlegung eines wackelnden Verbandes. Der Muskelzug, der bei der geschlossenen Kautschukschiene nicht zur Geltung kommen kann, rüttelt an den losen Zähnen und verursacht dem Verwundeten viele Schmerzen und nur selten läßt sich die Nahrungsaufnahme günstig gestalten. Immer wieder müssen die Notwendigkeit und der Nutzen der Anwendung schmerzstillender Mittel betont werden. W. hat darauf aufmerksam gemacht, daß man schon vor Beginn der Behandlung dem Verwundeten mit einer Injektion die größte Wohltat erweist. Die oft nur schwer und unvollkommen durchführbare Ernährung, die qualvollen Leiden, verursacht durch den Muskelzug, der die losgelösten Teile gegen das Gelenk zieht und so auch das Sprechen verhindert, lassen sich durch Injektionen so günstig beeinflussen, daß der Zustand des Verwundeten erträglich wird. Ist es dem Pat. nicht möglich, den Mund zu öffnen oder zu schließen, so genügt die Mandibularanästhesie, um dies zu erreichen. Ist der Kiefer mehrfach gebrochen, so muß man auch noch lokal injizieren. Die Einspritzung muß unter den peinlichsten Kautelen erfolgen. Die Mundhöhle muß, soweit dieses möglich ist, mit Wasserstoffsuperoxyd gereinigt und die Einstichstelle mit Jodtinktur betupft werden. Die Nadel — 42 mm lang — ist mit einem dünnen Gummischlauch überzogen, der nur die Spitze frei läßt. Beim Einstechen schiebt sich der Schlauch zurück und die Nadel dringt in die Tiefe, ohne mit Mundflüssigkeit oder Schleimhaut in Berührung gekommen zu sein. Die Technik der Einspritzung muß durchaus sicher beherrscht werden, denn es ist weiter notwendig, daß mit der Nadel nur ein Einstich erfolgt, also sofort die richtige Stelle getroffen wird. Jede Nadel ist nur zu einer Injektion zu verwenden. Ist eine Einspritzung unter diesen Vorsichtsmaßregeln ausgeführt, so ist eine Infektion ausgeschaltet. Nach einer Wartezeit von 20 Minuten wirkt die Injektion und die wiederhergestellte Beweglichkeit der Kiefer gestattet dem Patienten, eine Mahlzeit von festerer Nahrung zu sich zu nehmen. Wenn auch die zerbrochenen Teile des Kiefers eine Zerkleinerung der Nahrung nicht genügend gestatten, so wird doch der Ernährungszustand des Kranken bis zur Fertigstellung der Schiene bedeutend gehoben. Ohne Schaden für den Patienten kann die Einspritzung an jedem Tage wiederholt werden. Der Zahnarzt muß wissen, daß er die schmerzstillende Wirkung nicht nur für das Abdrucknehmen und Reponieren der Fragmente, sondern auch beim Einsetzen der Schiene erzielen muß und kann. Die Kautschukschiene besteht im wesentlichen aus einer Platte, wie sie für den teilweisen Zahnersatz im Unterkiefer angefertigt wird. Während aber beim Zahnersatz nur die Zungenfläche der vorhandenen Zähne und des Kiefers bedeckt wird, wird bei der Schiene für den Kieferbruch außerdem auch die Lippen- und Wangenfläche mit einer Platte umgeben. Diese beiden Flächen werden durch Metalldrähte und durch Metall- und Kautschukkappen, die über die Schneide- und Kaufläche geführt sind, an einzelnen Stellen verbunden. Einige Krankengeschichten erläutern die Darlegung.

Prof. Dr. **Liniger** (Frankfurt a. M.): **Zur Frage des typischen Bicepsrisses.** (Aerztl. Sachverständigen-Ztg., 1915, No. 19.)

Seit der Veröffentlichung seiner Arbeit über den sogen. typischen Bicepsriß vom Jahre 1910 (Monatsschr. f. Unfallheilk. u. Invalidenwesen, 17. Jahrg., No. 10 u. 11) hat Verf. systematisch auf dieses Leiden geachtet und 41 weitere Fälle beobachtet. Der sogen. Bicepsriß ist kein Muskelriß, sondern ein Riß resp. eine Verlagerung der langen Bicepssehne im Bereich des Schultergelenkes mit nachfolgendem Heruntersinken des äußeren Kopfes des Biceps. Dieses Leiden ist nur selten die Folge eines Unfalles, es ist vielmehr gewöhnlich die Folge einer Arthritis deformans im Schultergelenk. Die Sehne und ihre Scheide sind mitbeteiligt. Die Sehne reibt sich langsam durch. In einzelnen Gewerben, z. B. bei Tafelglasbläsern (linker Arm), tritt das Leiden geradezu als eine Gewerbekrankheit auf. Die Erwerbsfähigkeit wird durch den Sehnenriß nicht wesentlich herabgesetzt. Die meisten Bicepsrisse, auch die doppelseitigen, bestehen sogar völlig unbemerkt. Jeder operative Eingriff ist von vornherein aussichtslos. Der Arm darf auch nicht für längere Zeit ruhiggestellt werden. Das beste Heilverfahren ist die baldige Rückkehr zur gewohnten Arbeit. Kr.

Dr. **Friedrich Karl** (Berlin): **Magenkarzinom bei einem neunjährigen Jungen.** (Deutsche med. Wochenschr., 1915, No. 13.)

Verf. hatte in der Kgl. chirurg. Universitätsklinik zu Berlin Gelegenheit, einen neunjährigen Knaben wegen Pyloruskarzinom zu operieren. Die Symptome des Leidens (Erbrechen) hatten sich etwa seit zwei Monaten gezeigt. Bei dem sehr ab-

gemagerten Knaben (28 Pfund Körpergewicht) fühlte man rechts vom Nabel einen harten, druckempfindlichen, etwas verschieblichen Tumor. Bei der Operation fand sich am Pylorus ein kindsfaustgroßer, höckeriger Tumor. Die Geschwulst wurde weit im Gesunden entfernt, das Duodenum blind verschlossen und der ganze Magenstumpf in die oberste Jejunumschlinge eingepflanzt. Die mikroskopische Untersuchung der Geschwulst ergab einen infiltrierenden Cancer, der sämtliche Schichten der Magenwand bis auf die Serosa durchsetzt hatte. Der Knabe überstand die Operation gut und erholte sich schnell. In drei Wochen stieg sein Körpergewicht um 18 Pfund; einige Monate später wog er 59 Pfund. Wie der Fall weiter verlaufen wird, läßt sich nicht sagen, im allgemeinen ist die Prognose bei Karzinom in so jugendlichem Alter sehr ungünstig. R. L.

Innere Medizin.

Dr. **Wilhelm Müller**, ehemaliger Assistent am Institut für experimentelle Therapie des Allgemeinen Krankenhauses Eppendorf-Hamburg: **Erste Erfahrungen mit Deycke-Muchschen Tuberkulosepartialantigenen im Hochgebirge.** (Münch. med. Wochenschr., 1915, No. 41.)

Die Intrakutanreaktion am Menschen ist ein außerordentlich feines Mittel zur qualitativen und quantitativen Immunitätsanalyse bei allen möglichen Formen der Tuberkulose. Wir können danach zwei Typen unterscheiden: die Albumintüchtigen bei Lungentuberkulose und die Fettüchtigen bei chirurgischer Tuberkulose. Bei chirurgischer Tuberkulose wird durchschnittlich stärker auf Fettkörper, speziell auf die Neutralfette reagiert als auf die Albumine, d. h. der Organismus geht im Kampf gegen diese Form der Tuberkulose entweder der Eiweißreaktionskörper verlustig, oder er antwortet mit einer Mehrbildung von Fettreaktionskörpern. Bei der Lungentuberkulose sehen wir andererseits in der Regel lebhaftere und zahlreichere Reaktionen bei den Eiweißkörpern. Auch hier besteht die erwähnte Deutungsweise zu Recht, nur im umgekehrten Sinn. Es gibt Fälle, wo auf Muchsches Tuberkulose-Antigen (M. Tb. A.) sehr intensiv, auf die Fette jedoch gar nicht reagiert wird. Diese eignen sich am besten zur Therapie. Das Gegenteil beobachten wir bei chirurgischer Tuberkulose: auf Fettkörper wird kräftig, auf M. Tb. A. höchst schwach, sehr selten gar nicht reagiert. Der Aufenthalt Lungenkranker im Hochgebirge läßt diese Verschiedenheit zu Recht bestehen. Während es jedoch bei hochreaktiven Phthisikern ausgesprochene Albumintüchtigkeit gibt, vermißt man diese Prävalenz bei chirurgischen Hochreaktiven in bezug auf die Fettkörper. Ausgesprochene Fettsüchtige bei hochreaktiver chirurgischer Tuberkulose sind viel seltener. Auch im Hochgebirge ist das Vorgehen mit Partialantigenen ein doppeltes. Entweder man treibt spezifische Therapie mit M. Tb. A. und ähnlichen Stoffen, und unterstützt damit die physikalisch-diätetischen Heilmethoden, wie Heliotherapie, Freiluft- und Liegekur, Calcium- und Phosphorzufuhr, oder man prüft den Einfluß der letztgenannten Heilfaktoren, also der unspezifischen Maßnahmen, auf den Immunitätszustand mit Hilfe von Anstellung zahlreicher jeweils dezimal abgestufter Intrakutanreaktionen. Man beschränkt sich also auf diagnostisch-immunbiologische Methoden. Dieses letztere Verfahren gibt, wie M. in der Münch. med. Wochenschr. gezeigt hat, den denkbar besten Aufschluß über die Beeinflussung der Immunteilabwehrkräfte durch die verschiedenartigsten Heilfaktoren. Was dort über die günstige, ja eklatante Wirkung des natürlichen Sonnenlichtes auf den Immunitätszustand bei chirurgischer Tuberkulose gesagt wurde, trifft im Hochgebirge bei dem großen Reichtum an ultraviolettem Licht in noch vermehrtem Maße auch bei Lungentuberkulose zu. Weitere Untersuchungen auf diesem Gebiete werden die Belege hierzu erst noch zu bringen und an Hand dieser Resultate wichtige neue Bestimmungen über den Einfluß der ultravioletten Strahlen auf die Lungentuberkulose zu schaffen haben. Andere Versuche, die noch im Gange sind, befassen sich mit der äußerst interessanten Frage: „Wie wird die Immunität durch den künstlichen Pneumothorax bei Lungentuberkulose beeinflußt?" Verf. verspricht sich von diesen Untersuchungen sehr viel. Die Therapie mit Tuberkulosepartialantigenen im Hochgebirge ist durch Verf. eingeführt worden. Er hält die Behandlung der Lungentuberkulose mit Partialantigenen für eine außerordentliche Bereicherung unserer Therapie. Die Erfolge sind sehr ermutigend, wie Verf. zeigt, und berechtigen zu einer energischen Fortsetzung der Partialantigentherapie im Hochgebirge. Kr.

Prof. **L. Lewin** (Berlin): **Ueber Vergiftung durch kohlenoxydhaltige Explosionsgase aus Geschossen.** (Münch. med. Wochenschr., 1915, No. 14.)

Nicht selten wurden Erkrankungssymptome bei Soldaten beobachtet, die in die Lage kamen, Explosionsgase einatmen zu müssen. Es handelt sich dabei, wie Verf. hervorhebt, um Wirkungen des Kohlenoxyds. Die aus explodierenden organischen Verbindungen freiwerdenden kohlenoxydhaltigen Gase können Menschen in ebenso verschiedenartiger Weise vergiften, wie das aus anderen Quellen stammende Kohlenoxyd, und zwar entweder schnell oder — zuweilen sogar nach einer scheinbaren Inkubation — in langsamer Entwicklung, und entweder stark, unter lebenbedrohenden Symptomen, zuweilen mit tödlichem Ausgang, oder nur schwach, so daß noch Arbeitsfähigkeit besteht. Der Gehalt der Explosionsgase an Kohlenoxyd ist sehr stark. Die Gasprodukte von Pikrinsäure enthalten z. B. 61,05 Prozent Kohlenoxyd, die von Trinitrotoluol 57 Prozent, wie Verf. in früheren Untersuchungen ermittelt hat, während Leuchtgas durchschnittlich nur 6 Prozent Kohlenoxyd enthält und trotzdem so verderblich wirken kann. Begünstigt wird die Vergiftung durch Explosionsgase, wenn diese Kohlensäure enthalten, welche beträchtlich schwerer als atmosphärische Luft ist. Daher kann eine Giftwirkung auch eintreten, wenn die Explosion im Freien erfolgt. Verf. weist noch darauf hin, daß die Symptome der Kohlenoxydvergiftung sehr mannigfaltig sind und daß auch schwere Funktionsstörungen in allmählicher Fortentwicklung sich einstellen können, selbst wenn die akute Einwirkung nur sehr wenig auffällige Erscheinungen bedingt hatte. Auch die Bedienungsmannschaft von Geschützen kann unter Umständen durch Aufnahme von Explosionsgasen aus dem Geschützrohr an Kohlenoxydvergiftung erkranken. R. L.

Bakteriologie.

Josef Schumacher (Berlin): **Ueber den Einfluß reduzierender Substanzen auf den Sauerstoffgehalt der Gonokokken.** (Dermatol. Wochenschr., Bd. 61, No. 45 und 46.)

Verf. untersucht auf Unnas Anregung hin, inwieweit es möglich wäre, durch reduzierende Substanzen die Gonokokken ihres Sauerstoffgehaltes zu berauben. Der Grad der Sauerstoffentziehung konnte an dem von Unna geschaffenen RW-Bild leicht kontrolliert werden. Je nach dem vorhandenen Sauerstoffreichtum in den Gonokokken mußten diese sich bei der Behandlung mit RW weniger oder stärker bläuen. Gelang die Sauerstoffentziehung der Gonokokken völlig, konnten diese vollständig „erstickt" werden, so war diese Methode vielleicht therapeutisch zu verwerten. Zur Ausführung der Unnaschen RW-Färbung hält man sich 100 g einer ½ proz. wässerigen Lösung von Methylenblau vorrätig, die man mit ca. 7 Tropfen einer 25 proz. Salzsäure angesäuert hat. 10 ccm dieser Lösung werden vor dem Gebrauch mit 0,3 g Rongalit gelinde erwärmt, bis eben Entfärbung eintritt. Es resultiert eine nahezu klare Lösung, die man vor jedesmaligem Gebrauch filtrieren muß. Die so erhaltene Lösung hält sich mehrere Tage. Mit dieser Lösung färbt man die Gonorrhoepräparate zwei Minuten lang und spült mit abgekochtem Wasser darauf gründlich ab. Alsdann läßt man das Präparat lufttrocken werden und betrachtet es erst dann. Man muß unbedingt ca. fünf Minuten lang warten, bis das Bild voll entwickelt ist, da diese Zeit erforderlich ist, damit der Sauerstoff das Leukomethylenblau bläuen kann. In einem solchen Präparat findet man alsdann das Protoplasma der Leukozyten schwach blau gefärbt, etwas dunkler blau die sauerstoffreicheren Kerne. Die Gonokokken färben sich durch ihren enorm großen Sauerstoffgehalt intensiv dunkelblau, so daß sie sich prächtig von den Leukozyten abheben. Man findet daher mit der RW-Färbung manchmal noch massenhaft Gonokokken in einem Gonorrhoe-Eiterpräparat, wo man solche mit der gewöhnlichen Methylenblaufärbung nicht mehr finden konnte. In das Reich seiner Betrachtungen zog Verfasser zunächst die Oxybenzole, das Resorzin, Hydrochinon, Brenzkatechin und das Pyrogallol. Aus den vorliegenden Untersuchungen ersieht man, daß es tatsächlich gelingt, durch Reduktionsmittel den Gonokokken einen Teil ihres Sauerstoffgehalts zu nehmen. Eine gleichmäßige Einwirkung der reduzierenden Mittel auf die Gonokokken läßt sich nicht konstatieren. Besonders stark beeinflussen in absteigendem Grade Salvarsan, Pyrogallolkarbonsäure, Pyrogallol das RW-Bild. Diese drei Substanzen verdanken ihren größeren Einfluß gegenüber den anderen, teilweise auch stark reduzierend wirkenden Körpern einer spezifischen Affinität zu den Gonokokken. Aus demselben Grunde kommt auch dem Eikonogen der Monoamidonaphthalsulfosäure noch ein nennenswerter Einfluß zu. Von den Oxybenzolen kommt das Brenzkatechin der Pyrogallolwirkung am nächsten. Im allgemeinen beeinflussen stark reduzierende Körper mit saurem Charakter das RW-Bild am intensivsten. Das Salvarsan als das am stärksten wirkende Präparat nimmt eine Sonderstellung ein, die es einer seiner Atomgruppen verdankt. Der hohen chemischen Affinität dieser Atomgruppe zu den Gonokokken wegen vollzieht sich hier die Sauerstoffentziehung der Gonokokken bereits nach einer Einwirkungszeit von nur fünf Minuten, während alle anderen Präparate hierzu längere Zeit nötig haben oder in entsprechend höheren Konzentrationen angewandt werden müssen. Kr.

II. Feuilleton

Die Therapie der Keilschriftmedizin.

(Fortsetzung.)

Von

Felix Reinhard, Arzt (z. Z. in Wahn, Rhld.).

b) Von Küchengewürzen benutzte der Arzt als Medikamente:

1. Foeniculum vulgare, Fenchel. In den Texten wird der spezielle Pflanzenteil, der therapeutische Anwendung fand, nicht genannt; wahrscheinlich diente, wie überall, die Frucht als Stomachicum, ob auch, wie sonst in der Medizin, die Wurzel als Diureticum, das Kraut zu Kataplasmen, ist unbekannt.

2. Carum carvi, Kümmel, findet sich, wie das vorhergehende, nur einfach mit seinem Namen angeführt. Es wird wohl, wie auch anderwärts, nur die Frucht als Stomachicum und Karminativum, vielleicht auch als Antispasmodicum gebraucht worden sein.

3. Cuminum cyminum, Kreuzkümmel, in der späteren medizinischen Literatur bisweilen mit dem vorstehenden durcheinandergeworfen, wird gleichfalls nicht näher in seiner Anwendungsweise gekennzeichnet, die aber wohl mit der des Carum carvi ziemlich übereingestimmt haben wird.

4. Nigella sativa, Schwarzkümmel, wird ebenfalls nur mit Namen genannt; die spätere Heilkunde des Abendlandes benutzte den Samen als Resolvens und Diureticum, namentlich bei Gelbsucht.

5. Acorus calamus, Kalmus, gilt als Stomachicum, Tonicum und Aphrodisiacum. In den Keilschrifttexten wird er nur mit einfacher Namensbezeichnung neben verschiedenen anderen Drogen in einem zu Klismen und Unterleibseinreibungen bei Leibschmerzen verordneten Medikament erwähnt.

c) Wurden die bisher genannten Pflanzenprodukte, abgesehen vom Rizinusöl, nicht nur als Arzneimittel, sondern auch als alltägliche Nahrungs- bezw. Genußmittel verwandt, so dienten folgende nur der Therapie:

1. Glycyrrhiza labra sive Liquiritia officinalis, das Süßholz. Es ist vielleicht die in den Keilschrifttexten oft erwähnte „susi"-Pflanze; verordnet wurde meist eine wässrige Abkochung der Wurzel, die wohl in gleicher Weise wie unser Lakritzen-Saft als Expectorans gedient haben mag; auch gegen Kolik wird ihr wässriger oder alkoholischer Auszug in Küchlers Text verordnet.

2. Cynoglossum officinale, die Hundszunge, deren Wurzel und Kraut, frisch bearbeitet, ein curareähnliches Gift enthalten, wurde von der späteren Medizin gegen Husten, Blutfluß, Erbrechen u. a. verordnet. Das Wort, mit dem die Keilschrift die Pflanze bezeichnet, hat in der Sprache der Mesopotamier ebenfalls die Bedeutung „Hundszunge". Es haben demnach wohl die Griechen mit der Pflanze auch deren Namen in wörtlicher Uebersetzung von den Mesopotamiern übernommen. In den Keilschrifttexten wird die getrocknete Wurzel als Mittel gegen Darmleiden genannt, an einer Stelle die getrocknete ganze Pflanze, noch besonders „gebacken" und in Rauschtrank zerrieben, als Mittel gegen Gelbsucht.

3. Salix pentranda, vielleicht auch Salix babylonica, war wahrscheinlich die zur Zeit der Keilschriftkultur in Mesopotamien heimische und in der Heilkunde verwendete Weidenart. Der Same wird, mit anderen Pflanzendrogen gemischt, in einem Unterleibspflaster gegen Kolik erwähnt. Ob sie auch sonst noch benutzt wurde, etwa die Kätzchenfrucht als Diaphoreticum, ist nicht festzustellen.

4. Juniperus oxycedrus, die spanische Zeder, oder Juniperus phoenicea, die phoenizische Zeder, vielleicht beide, fanden ärztliche Verwendung. In den Texten findet sich eine, einfach durch ihren Namen im allgemeinen als Zeder gekennzeichnete Pflanze, unter mehreren anderen in einem äußeren Mittel gegen Leibschmerzen verordnet. Heutzutage gewinnt man aus Juniperus oxycedrus das Oleum cadinum, und auch Galen, der eine Juniperusart „Kedros" erwähnt, kennt bereits ein aus dieser hergestelltes Oel.

5. Cedrus Libani (sive Pinus Cedri L.) findet sich an gleicher Stelle und in gleicher Weise wie die vorstehende erwähnt.

Der Papyrus Ebers führt in seinen Rezepten Zederspäne, -Zweigspitzen, -Harz und -Fett (vielleicht Teer?) an. Dem Harz wie dem Samen wird von der späteren Medizin diuretische Wirkung zugeschrieben.

6. Cupressus sempervirens, die Zypresse, ist die dritte Konifere der mesopotamischen Pharmakologie. In den Keilschrifttexten werden Zypresse, Zypressenzapfen und -Samen mit anderen Stoffen als Arzneitrank gegen Gelbsucht verordnet; äußerlich wird einfach „Zypresse" gegen Kolik und Leibschneiden empfohlen: mit anderen Pflanzen verrieben, entweder als Pflaster zubereitet auf den Leib aufgelegt, oder im Rauschtrank gekocht in flüssiger Form aufgestrichen bezw. eingerieben, oder als Klistier gegeben.

7. Tamarix gallica oder Tamarix articulata (orientalis), vielleicht auch Tamarix mannifera, drei Tamariskenarten; entweder ist eine von diesen die in den Keilschriften erwähnte Tamariske, oder aber alle drei; letzteres in dem Falle, daß beim gemeinsamen Vorkommen aller drei in Mesopotamien wegen der gleichen Anwendungsweise derselben auf ihre besondere namentliche Unterscheidung kein Gewicht gelegt worden sein sollte. Zerriebene Tamariskensamen im Rauschtranke eingenommen werden in Küchlers Text gegen Gelbsucht empfohlen.

8. Myrtus communis, der Myrtenbaum, wird in dem Keilschrifttext unter einfacher Namensangabe in der schon oben erwähnten, äußerlich gegen Leibschneiden gebrauchten, aus mehreren Pflanzenstoffen zusammengesetzten Arznei angeführt. Auch der Papyrus Ebers kennt die Myrte, deren Blatt und Frucht noch in der späteren abendländischen Medizin als Aromatica, Stomachica, Antidarrhoica und Anticatarrhalia galten.

9. Commiphora Myrrha, die Myrrhe, spielte neben dem Balsam in der ganzen alten Medizin, aber auch noch lange in der späteren, eine wichtige Rolle. Die Myrrhe gehört, wie der Balsam und auch die Weihrauchpflanze, zu den Busseraceen, Pflanzen, die mit Harzgängen im Phloem ausgestattet sind und infolgedessen reichliche Mengen aromatischer Harze und Balsame liefern. Eben diese fanden medizinische Verwendung, und zwar diente die Myrrhe in Aegypten hauptsächlich als Räuchermittel, in Griechenland auch als Adstringens, Exsiccans, Hypnoticum usw. Später wurde sie besonders als Antisepticum bei eiternden Wunden, in Pflastern, Salben und Zahnmitteln, innerlich auch als Expektorans und Stomachicum verwandt. In Mesopotamien wird sie wohl schon zum Teil entsprechend gebraucht worden sein. Unsere Rezepte führen einen Trank, Myrrhen und andere Drogen enthaltend, als Mittel gegen Gelbsucht an.

10. Vitex agnus castus, Keuschlamm oder Abrahamsstrauch, eine Verbenacee, ist uns nur mit dem keilschriftlichen Namen bekannt. Von der späteren abendländischen Medizin (Hippokrates, Galen, Dioscurides nennen die Pflanze „agnos") wurden das Kraut und die Frucht der Pflanze als Aromaticum, Emmenagogum und als Anaphrodisiacum benutzt.

11. „Gallenpflanze" nennt die Keilschriftmedizin eine gegen Gelbsucht und sonstige Gallenleiden verordnete Pflanze, deren Identifikation zurzeit noch nicht möglich ist.

12. Ebenso ist die „Kasu"-Pflanze, eine in der Keilschriftmedizin außerordentlich häufig und mannigfach angewandte Droge, noch nicht identifiziert.

2. Tierische Produkte.

1. Honig, der bei innerlich angewandten Arzneien meist als Geschmackkorrigens zugesetzt wurde, fand auch äußerlich Verwendung.

2. Milch wurde viel benutzt, als besondere Sorte wird die „Milch einer hellfarbigen Wildkuh" genannt.

3. Butter wurde als „Milchfett" bezeichnet.

4. Fleisch, wahrscheinlich das aller zur Ernährung dienender und gelegentlich auch anderer Tiere, fand therapeutische Verwendung. Die Verordnung „weißes Fleisch vom Schwein zu trinken" ist unklar; vielleicht ist geschmolzener Schweinetalg oder -speck gemeint.

5. Schweinefett,

6. Hammeltalg und

7. Rindertalg wurden neben Sesamöl als Salbengrundlage gebraucht.

8. Fisch.

Folgende tierische Stoffe gehören der später so genannten Dreckapotheke an, der letzte Grund ihrer Verordnung ist, wie bei fast aller Stercoralmedizin, abergläubisch-mystisch:

9. Gazellenurin,

10. „Taubenmehl", als welches pulverisierter Taubenkot bezeichnet wurde.

Abgesehen von dem wenigen, eben Erwähnten ist über die spezielle Verwendung der tierischen therapeutischen Produkte nichts bekannt.

3. Mineralische Produkte.

1. Wasser fand in der Keilschrifttherapie die ausgedehnteste innere und äußere Verwendung, was schon aus der allgemeinen Hochschätzung, ja kultischen Verehrung des Wassers als befruchtendes, Land und Menschenleben erhaltendes Göttergeschenk erklärlich ist.

2. Asphalt fand nicht nur äußerlich als Pflastergrundlage, sondern auch innerlich Anwendung. Mesopotamien ist schon in ältester, sumerischer Zeit Ausfuhrland des Asphaltes, namentlich nach Aegypten.

3. Steinsalz wurde äußerlich und innerlich gebraucht.

4. Ammoniak war höchstwahrscheinlich auch schon bekannt, da die keilschriftliche Bezeichnung „Amanim" wahrscheinlich von den Griechen in der Form „Ammoniakon" übernommen worden ist.

5. Alaun. Die Aegypter gaben ihn bei Gelbsucht.

6. Flußschlamm,

7. Lehm aus Staub vom Berggestein,

8. Ein Stäbchen eines Schiffes der Stadt N. (Name).

Die beiden vorletzten Produkte gehören höchstwahrscheinlich, das letzte aber sicher in das Gebiet der mystischen, abergläubischen Therapie. Wir führen sie nur deshalb an, weil die entfernte Möglichkeit einer rationellen Erklärung doch noch insofern besteht, als, beispielsweise bei dem letzten Mittel, vielleicht einer beim Schiffbau in der Stadt N. verwandten speziellen Holzart besondere physikalische oder chemische heilkräftige Eigenschaften zugeschrieben worden wären; ähnlich könnte man sich auch die Wirkung des Flußschlammes und Lehms rationell erklärt haben.

III. Bücherschau.

Die preußische Gebührenordnung für approbierte Aerzte und Zahnärzte vom 15. Mai 1896. Für die Bedürfnisse der ärztlichen und zahnärztlichen Praxis erläutert von Dr. **Heinrich Joachim**, Sanitätsrat, und Dr. **Alfred Korn**, Justizrat. Dritte gänzlich umgearbeitete Auflage. Berlin W. 30, Verlag von Oscar Coblentz, 1916. XII und 246 S. Preis 10 M., geb. 11 M.

In neuer Gestalt erscheint hiermit ein Werk, das sich mit seinen ersten beiden Auflagen schnell den Anspruch erworben hat, als die maßgebende Erläuterung des zu mancher Streitfrage führenden Stoffes zu gelten. An Stelle des inzwischen leider verstorbenen früheren rechtskundigen Mitarbeiters A. Joachim hat sich der ärztliche Verfasser nach einem nicht minder tüchtigen juristischen Fachmann verbunden, der den Aerzten bereits durch mehrere ebenfalls in Gemeinschaft mit H. Joachim verfaßte Werke aus dem Gebiete des ärztlichen Rechtslebens, insbesondere das „Deutsche Aerzterecht", vorteilhaft bekannt ist. Der neuen Autoren-Kombination entspricht eine erhebliche Erweiterung des Programms, derzufolge die dritte Auflage des Joachimschen Kommentars beinahe als ein neues Werk betrachtet werden darf. Der Einzelerläuterung der ärztlichen Gebührenordnung ist nämlich ein in den früheren Auflagen nicht vorhandener systematischer Abschnitt vorausgeschickt, der die allgemeinen Rechtsgrundlagen des ärztlichen Gebührenwesens in zusammenhängender Darstellung behandelt. Der erste und Hauptabschnitt dieses Teiles hat den Honoraranspruch des Arztes zum Gegenstand; das Thema ist in der bisherigen Literatur wohl nirgends mit der gleichen Gründlichkeit behandelt; über die so oft in der Praxis auftretende Aufgabe der Feststellung des Zahlungspflichtigen findet man hier erschöpfende Auskunft. Nicht minder wertvoll ist der dritte Abschnitt, der sich mit den verschiedenen Wegen der gerichtlichen Geltendmachung des Honoraranspruchs beschäftigt. In den eigentlichen Kommentar sind in umfassender Weise die Ergebnisse der bisherigen Rechtsprechung hineingearbeitet, und zwar sind die einzelnen Urteile — ein besonderer Vorzug des Werkes — nicht nur zitiert, sondern auch in ihren wesentlichen Teilen abgedruckt. Darüber hinaus aber hat der ärztliche Verfasser, wie schon in den ersten beiden Auflagen, sich mit Glück der Aufgabe unterzogen, die einzelnen Sätze der Gebührenordnung durch zahlreiche fiktive Fälle zu erläutern und dadurch den Arzt in die Praxis der Honorarberechnung einzuführen. Eine alphabetisch geordnete Zusammenstellung der benutzten Gerichtsentscheidungen sowie ein genau gearbeitetes Sachregister erleichtern die Benutzung des Buches. Eine willkommene Beigabe dürfte vielen Lesern das Kapitel über die Gebühren für die Besorgung amts- und gerichtsärztlicher Geschäfte sein, das auch die bedeutungsvolle Tätigkeit für die Versicherungsbehörden berücksichtigt. Aus dem Gesagten dürfte hinlänglich hervorgehen, daß das Joachimsche Werk in seiner neuen Form an Brauchbarkeit sehr erheblich gewonnen hat. Nimmt man dazu noch die bekannte scharfe, eindringliche und dabei leicht verständliche Schreibweise der Herren Verfasser und die vom Verlag dem Werke gegebene vornehme Ausstattung, so darf man wohl auch ohne besondere Prophetengabe dieser dritten Auflage eine noch größere Verbreitung weissagen, als bereits ihre Vorgängerinnen gefunden haben. T. L.

IV. Tagesgeschichte

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Marineoberstabsarzt Prof. Dr. Mühlens, früher Leiter des Bakteriologischen Instituts in Wilhelmshaven, der sich als Tropenpathologe einen geachteten Namen gemacht hat, hat einen Ruf nach Bulgarien erhalten. Gegenwärtig ist er in der Türkei tätig.

— Im Alter von 45 Jahren starb nach kurzer Krankheit Dr. Fritz Frohse, ein Anatom von Ruf, der seit 20 Jahren in der bescheidenen Stellung eines Assistenten am anatomischen Universitätsinstitut wirkte und außerdem Lehrer der Anatomie an der königlichen Kunstschule war. Er war zuletzt beurlaubt, um während des Krieges am Pankower Krankenhause chirurgische Tätigkeit auszuüben. Dr. Frohse ist besonders durch sein mit K. v. Bardeleben herausgegebenes Lehrbuch der topographischen Anatomie bekannt geworden.

Coethen. Der Lehrer der Hygiene am hiesigen Polytechnikum, Sanitätsrat Dr. Hermann Fitzau, ist gestorben.

Leipzig. Der Professor der Zahnheilkunde Dr. Oskar Roemer in Straßburg ist hierher berufen worden.

Heidelberg. Die Vertreter der normalen und pathologischen Anatomie an der hiesigen Universität Prof. Dr. Braus und Geheimrat Prof. Dr. Ernst sind von der mathematisch-naturwissenschaftlichen Klasse der Heidelberger Akademie der Wissenschaften zu außerordentlichen Mitgliedern gewählt worden.

Freiburg i. B. Dem ordentl. Professor der Hygiene Dr. Martin Hahn, der als beratender Hygieniker im Felde steht, ist das **Eiserne Kreuz 1. Kl.** verliehen worden.

Straßburg. Der Privatdozent der inneren Medizin Dr. Hans Dietlen hat den Professortitel erhalten.

Wien. Der Privatdozent der Orthopädie Dr. v. Aberle ist im Alter von 46 Jahren gestorben.

Verschiedenes.

Berlin. Das **Kaiserin-Auguste-Victoria-Haus** zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reiche in Charlottenburg hat soeben den Bericht über sein 6. Geschäftsjahr erscheinen lassen, welcher zeigt, daß die Anstalt trotz des Krieges in gewohnter Weise ihre segensreiche Wirksamkeit weitergeführt hat.

— Der Einlieferungstermin zu dem **Preisausschreiben** der Berliner Gesellschaft für Rassenhygiene: „Bringt materielles und soziales Aufsteigen den Familien Gefahren in rassenhygienischer Beziehung?" war infolge des Krieges auf unbestimmte Zeit verschoben worden. Nunmehr ist der Einlieferungstermin auf den 31. Juli 1916 festgesetzt worden. Es sind zwei Preise von 800 M. und 400 M. ausgesetzt. Einsendungen sind an die Geschäftsstelle der Berliner Gesellschaft für Rassenhygiene, zu Händen des Herrn Ulrich Patz in Schlachtensee-Berlin, Albrechtstr. 19-25, zu richten. Die Bedingungen des Preisausschreibens, sowie sonstige aufklärende Drucksachen können von der genannten Geschäftsstelle bezogen werden.

Hannover. Das Generalkommando des X. Armeekorps in Hannover, welches bereits in zwei früheren Verfügungen im Vorjahre die öffentliche Ankündigung von Arzneimitteln, sowie die Behandlung von Geschlechtskrankheiten und die Abgabe von Heilmitteln dagegen in einschränkender Weise neu geregelt hatte, hat unter dem 12. Januar 1916 eine weitere Verordnung erlassen, welche den Verkehr von **antikonzeptionellen und Abortivmitteln** und -Apparaten betrifft. Der Verkauf der hierher gehörigen Dinge ist nur Apothekern oder Bandagisten auf schriftliche ärztliche Verordnung gestattet. Anwendung solcher Mittel durch Nichtärzte, sowie ihre Ankündigung, Anpreisung und Zurschaustellung und der Vertrieb durch Hausieren, endlich Anbieten von „diskretem" Rat sind verboten. Zuwiderhandlungen werden, falls das Strafgesetzbuch keine höhere Strafe vorsieht, mit Gefängnis bis zu einem Jahre oder bei Vorliegen mildernder Umstände mit Haft oder mit Geldstrafe bis zu 1500 M. bestraft.

Straßburg. Der Oberbefehlshaber in Elsaß-Lothringen General d. Infant. Gaede hat unter dem 4. Januar d. J. eine **Verordnung** erlassen, durch welche die öffentliche Ankündigung und Anpreisung von Heilverfahren, Heilapparaten, Heil-, Vorbeugungs- und sogenannten Kräftigungs- und Nährmitteln untersagt wird. Als Strafe wird Gefängnis bis zu einem Jahre oder bei Vorhandensein mildernder Umstände Geldstrafe bis zu 1500 M. angedroht. Die ärztliche und die pharmazeutische Fachpresse werden ausdrücklich von diesem Verbot ausgenommen.

Wien. Prof. Frhr. v. Eiselsberg hat das Honorar von 50 000 Fr., das er für die Behandlung des Königs Konstantin von Griechenland erhalten hat, dem Bulgarischen Roten Kreuz überwiesen.

Prag. Nachdem die „Prager medizinische Wochenschrift", die früher neben ihrem wissenschaftlichem Teil die offiziellen Veröffentlichungen der deutsch-böhmischen Aerztevereine brachte, infolge des Krieges ihr Erscheinen eingestellt hat, haben sich die deutschen Aerzte Böhmens in der neu gegründeten Zeitschrift **„Aerztliche Nachrichten"** ein Organ geschaffen, das in erster Linie den wirtschaftlichen Interessen des Aerztestandes sowie den sonstigen ärztlichen Standesfragen und außerdem dem öffentlichen Gesundheitswesen gewidmet ist. Schriftleiter der zweimal im Monat erscheinenden Zeitung ist Dr. Gottlieb Pick in Außig.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: San.-Rat Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil S. Caspari, Berlin-Schöneberg
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW. 68, Alexandrinenstraße 110.

85. Jahrgang | Berlin, 12. Februar 1916 | No. 7

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen,
Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Steinplatz 105 56

85. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Anwendung von Bädern zur Heilung von eiternden Schussverletzungen und deren Folgen.

Von
Dr. med. **Otto Küttner**,
Stabsarzt der Res., Stationsarzt der chirurg. Abteilung des Reservelazaretts IV, Stettin.

Es kann gar nicht genug auf die Bedeutung von Bädern für die Behandlung eiternder pflegmonöser Schußverletzungen hingewiesen werden. Ich glaube, daß einem Teil der Kriegsbeschädigten, die zur Amputation kommen, die Glieder erhalten blieben, wenn nicht eine übertriebene Bazillenfurcht viele Kollegen davon abhielte, bei diesen Verwundeten Bäder zu versuchen, die als Teil- oder Vollbäder in Anwendung zu ziehen sind. Sicherlich sind die Mikroorganismen des Leitungswassers, zumal es vorher gekocht werden kann, nicht so schädlich, wie die in den eiternden Wunden und auf der Haut befindlichen, und wer sein Gewissen noch weiter beruhigen will, kann ja dem Badewasser etwas Seife oder Kresolseifenlösung hinzusetzen. Die Seife hat überhaupt für die Reinigung der Wunden, wenn sie dem Badewasser zugesetzt wird, eine große Bedeutung, und ich möchte sagen, sie wirkt geradezu heilend auf eiternde Verletzungen. Ich habe selbst in Fällen von beginnender Sepsis nach Schußverletzungen, nach breiter Spaltung der Eiterherde die Bäder angewandt und habe Erfolge gesehen, die es mir zur Pflicht machen, den Kollegen die Anwendung der Bäder in ausgiebigstem Maße zu empfehlen. Auch die Entfernung der angeklebten Verbandstoffe gelingt viel schonender im Bade, als wenn diese auf dem Verbandtisch mit oder ohne Spülung einfach von den Wunden abgezogen werden. Die Anwendung der Bäder geschieht am besten folgendermaßen: Der Verwundete wird von den oberflächlichen Verbandstoffen befreit und kommt dann mit den den Wunden aufliegenden, eingewickelt in ein steriles Tuch, in das Badewasser, das, wenn möglich, abgekocht war, und dem etwas Seife und Kresolseifenlösung zugesetzt ist. In diesem Bade werden durch leichte Bewegungen des kranken Gliedes die Verbandstoffe losgespült, wobei bisweilen ein leichter Zug unterstützend wirkt, und nach völliger Entfernung der Verbandmittel wird der Verwundete, wiederum in ein steriles Tuch gehüllt, in ein 2. Bad gebracht, welches in gleicher Weise wie das erste hergerichtet ist. Vor und während der Bäder wird etwas Wein gereicht, und nach 2—3 Minuten Aufenthalt in dem 2. Bade wird er, abermals in ein steriles Tuch gehüllt, auf den Verbandtisch gelegt und hier neu verbunden. Sollte abgekochtes Wasser nicht zur Verfügung stehen, so ist sicherlich auch das Wasser einer jeden Warmwasserversorgung ausreichend. Solange die Wunden stark eitern, ist ein tägliches Bad von nur geringer Zeitdauer zu empfehlen, bei großem Kräfteverfall würde man natürlich nur alle 2 bis 3 Tage die Bäder vornehmen können. Um dem Badewasser Zutritt zu den Eiterherden zu verschaffen, müssen vorhandene Phlegmonen und Abszesse breitgespalten und nach dem Bade tamponiert und drainiert werden. Wenn diese Behandlungsart in geeigneten Fällen angewandt wird, werden vielen Verwundeten ihre sonst der Amputation verfallenen Glieder erhalten bleiben, und der Allgemeinheit werden die Ausgaben für die Kriegsbeschädigtenfürsorge erheblich herabgemindert werden.

II. Referate.

Prof. Dr. **Artur Schüller: Ueber Gamaschenschmerzen.** (Wien. med. Wochenschr., 1915, No. 35.)

Unter den zahlreichen Offizieren, welche während des gegenwärtigen Krieges wegen „rheumatischer" Beschwerden (infolge von Gelenkschwellungen, Nervenentzündungen, Muskelrheumatismus etc.) Verf. zugewiesen wurden, fiel ihm eine Gruppe von Patienten auf, welche über intensive Schmerzen entlang den Schienbeinen klagten. Diese Beschwerden waren meistens isoliert, selten waren sie kombiniert mit Schmerzen im Fuß- und Kniegelenk oder in den Waden, bezw. mit Schmerzen infolge von Erfrierung der Zehen und Füße. Gewöhnlich waren beide Beine gleichmäßig betroffen, doch trat zuweilen der Schmerz vorwiegend in einem Beine stärker auf. Der Charakter der Schmerzen wurde als reißend oder ziehend beschrieben, sie lokalisierten sich entweder in der Innen- oder Außenseite der Tibia oder zogen entlang den beiden Kanten der Tibia. Sie bestanden meist schon in der Ruhe, verstärkten sich jedoch bei Bewegungen der Beine derart, daß die Patienten sich zeitweise kaum auf den Beinen halten konnten. In den reinen Fällen konnten objektiv keinerlei Veränderungen an den Beinen festgestellt werden. Die Schienbeine selbst waren meist nicht druck- oder klopfempfindlich, Schwellungen oder Entzündungserscheinungen der Haut und subkutanen Weichteile konnten nicht nachgewiesen werden; auch die benachbarten Muskeln und Gelenke ließen keine Abnormität nachweisen. Ebensowenig konnten typische Druckpunkte entlang den Nervenstämmen der unteren Extremitäten festgestellt werden. Die Sensibilität. die Haut- und Sehnenreflexe, die Funktion und elektrische Erregbarkeit der Muskeln wiesen keine Abnormität auf. Bei der Nachforschung nach der Entstehungsursache der Schmerzen konnte in allen Fällen festgestellt werden, daß die Patienten schwere Kriegsstrapazen mitgemacht hatten, daß sie der Kälte und Nässe sowie der Uebermüdung ausgesetzt waren, daß sie meist übermäßig Alkohol und Nikotin im Felde genossen hatten. Für die eigenartige und typische Lokalisation der Schmerzen ließ sich zunächst keine plausible Erklärung finden. Als Verf. dann gelegentlich bei den Patienten Umfrage hielt, ob sie im Felde

stets Gamaschen getragen hatten, erfuhr er, daß dies der Fall gewesen sei, wobei die Patienten erzählten, daß sie die Gamaschen oft tage- bis wochenlang nicht abgelegt hatten, wobei dieselben im strengen Winter meist noch durch Eis und Schnee hart und steif geworden waren. Die Behandlung, die Verf. anwendete, bestand in Bettruhe, Aspirinmedikation und elektrischen Glühlichtbädern. Nach einigen Wochen traten die Schmerzen meist völlig zurück, so daß die Patienten auch wieder gut herumgehen konnten. Einer der Patienten gab an, daß er, als er in der Rekonvaleszenz gelegentlich die Gamaschen anlegte, alsbald wieder die gleichen Schmerzen wie früher empfand. Die Gamasche stellt eine Ledermanschette dar, welche entweder durch Umschnüren mit einem Riemen oder mittels eines Metallbügels um den Unterschenkel befestigt wird. Im letzteren Falle enthält der Rand der Gamasche eine der Tibiakante entlang verlaufende, kräftige Eisenschiene, deren unteres federndes Ende in eine am gegenüberliegenden Gamaschenrand befestigte Metallspange eingepaßt wird. Es ist ohne weitere Begründung einleuchtend, daß ein derartiges Bekleidungsstück große Nachteile hat. Die enganliegende Ledergamasche, und zwar insbesondere die durch eine Eisenschiene versteifte Art, hemmt die Zirkulation des Unterschenkels und Fußes, drückt und wetzt die vorspringenden Knochenkanten, insbesondere die Vorderfläche des Schienbeins, so daß die auftretenden Beschwerden voll verständlich werden. Kr.

Dr. **Bucky** (Berlin): **Die Diathermie in den Lazaretten.** (Deutsche med. Wochenschr., 1915, No. 16.)

Nach den Erfahrungen des Verfs. leistet die Diathermie sehr wertvolle Dienste in der Nachbehandlung von Verletzungen der Knochen und Muskeln, die Heilungsdauer wird dadurch erheblich abgekürzt. Was die Behandlung von Frakturen anlangt, so werden u. a. Fälle von verzögerter Kallusbildung mit Neigung zur Entstehung von Pseudarthrosen günstig beeinflußt. Ferner wird bei der Nachbehandlung der Frakturen die Schmerzhaftigkeit durch die Diathermie vermindert, daher können die mechanischen Uebungen mit größerer Energie vorgenommen werden, auch die Beweglichkeit wird durch die Diathermie deutlich verbessert. Bei Schußverletzungen der Knochen und Muskeln kürzt die Nachbehandlung durch Diathermie den Heilungsverlauf erheblich ab. Ein weiteres Gebiet für die Diathermie ist die Nachbehandlung der Schußverletzungen der Nerven; die Nervenregeneration wird dadurch bedeutend beschleunigt. Geradezu Hervorragendes leistet die Diathermie bei Erfrierungen der Gliedmaßen; manches anscheinend verlorene Glied kann dadurch erhalten werden. Die subjektiven Beschwerden werden bereits nach wenigen Sitzungen auch in den schwersten Fällen auf ein erträgliches Maß reduziert. Die günstige Wirkung der Diathermie bei Gelenkentzündungen, rheumatischen Erkrankungen, Ischias usw. ist aus früheren Veröffentlichungen bekannt. Auch eine gewisse Wirkung auf die Psyche und das Allgemeinbefinden übt die Diathermie aus, sie wirkt beruhigend und kräftigend. R. L.

Hans Kehr (Berlin): **Die Schwierigkeiten der Erkennung des Gallenblasenkrebses am Anfang und Ende dieser Krankheit.** (Berliner klin. Wochenschr., 1915, No. 45.)

Das Gallenblasenkarzinom fördert im Beginn der Erkrankung sehr verschiedenartige Krankheitsbilder zutage. In dem einen Fall ist der Verlauf so milde, daß ein gewöhnlicher Magenkatarrh angenommen wird, das andere Mal ist er so heftig, daß man die schwerste eitrige Gallenblasenentzündung vor sich zu haben glaubt. Die Verschiedenheit in beiden Fällen hängt von dem Sitz des Karzinoms (Fundus, Leberbett, Hals) und dem Vorhandensein von Steinen resp. Entzündungsprozessen in der Gallenblase ab. Wie der Stein als solcher, d. h. als Fremdkörper, keine Beschwerden macht, sondern diese erst dann auftreten, wenn eine Entzündung, d. h. eine Infektion „Leben in die Steine" bringt, so wird auch ein Karzinom den Träger weiter nicht beunruhigen, wenn es, auf das Innere der Gallenblase beschränkt, zu einer Entzündung keine Veranlassung gibt. Dabei wird der Sitz des Karzinoms den Ausschlag geben. Ein haselnußgroßer Krebsknoten im Fundus der Gallenblase verhält sich nicht anders wie ein Cholesterinstein in steriler Galle: er macht nicht die geringsten Beschwerden. Selbst wenn der Krebs die Wand der Gallenblase durchbricht und die Serosa ergreift, braucht der Kranke von seinem furchtbaren Leiden noch nichts zu ahnen. Ein Krebs, der an der der Leber zugewandten Gallenblasenwand entsteht, bricht leicht in das Leberbett ein. Auch dann können Beschwerden völlig ausbleiben. Anders liegen die Verhältnisse beim Gallenblasenhalskrebs. Dieser führt rasch zu einem Verschluß des Ductus cysticus. Sind Steine in der Gallenblase vorhanden, so ist meist ihr Inhalt infiziert. Tritt der Verschluß des Cysticus durch den wuchernden Krebs ein, so setzt dann eine akute Cholecystitis ein. Sind keine Steine vorhanden, und ist der Gallenblaseninhalt steril, so führt der Verschluß zu einer einfachen Eindickung der Galle, ohne daß der Kranke überhaupt von Beschwerden heimgesucht wird. Bei den mit entzündlicher Cholelithiasis einhergehenden Fällen von Gallenblasenkrebs kann nun der Arzt meist nur die Cholecystitis und Cholangitis diagnostizieren, während der Krebs der Diagnose völlig unzugänglich bleibt. Das beweist Verf. durch fünf Krankengeschichten. Die Beispiele beleuchten die Schwierigkeiten der Diagnose des Gallenblasenkrebses sowohl im Anfang wie am Ende dieser Erkrankung. So weit wir es auch in der Erkenntnis der einzelnen Form der Cholelithiasis gebracht haben — wir können die schweren Formen der Cholecystitis und Cholangitis von den leichten unterscheiden, das Empyem vom Hydrops der Gallenblase, den entzündlichen Choledochusverschluß vom Tumorverschluß trennen, sind sogar manchmal imstande, die Gallenblasen-Intestinalfisteln zu diagnostizieren —, in der sicheren Diagnostik des Gallenblasenkrebses haben wir in den letzten Jahren keine bemerkenswerten Fortschritte gemacht. Schenkt uns die Zukunft Mittel, auch in dieser Richtung hin eine Besserung herbeizuführen, so wird dies auch der Behandlung zugute kommen. Bisher sind nur wenige Dauerheilungen des Gallenblasenkrebses bekannt. Verf. selbst hat nach 49 Operationen wegen primären Gallenblasenkrebses nur in einem einzigen Fall einen Dauererfolg erzielt, und zwar in einem Fall, in dem er die Diagnose Krebs erst nach stattgehabter Operation — die wegen chronischer Cholecystitis vorgenommen wurde — durch Besichtigung und mikroskopische Untersuchung der entfernten Gallenblase stellen konnte. Vor der Operation wies kein Symptom auf Krebs hin. Der Grund für die schlechten Erfolge der Krebsbehandlung liegt nicht darin, daß unsere Operationstechnik versagt, sondern ist fast allein darin zu suchen, daß die Kranken zu spät chirurgische Hilfe aufsuchen, weil die Diagnose des Krebses nicht gestellt werden kann und weil die chronische Cholecystitis nicht früh genug operiert wird. Zurzeit ist eine Besserung der Operationsresultate beim Gallenblasenkrebs, da unsere diagnostischen Maßnahmen versagen, nur dadurch zu erzielen, daß wir die chronische Cholecystitis nicht gar zu alt werden lassen, sondern beim Versagen einer verständigen inneren Kur chirurgische Hilfe zu Rate ziehen.

Priv.-Doz. Dr. **C. Tsiminakis** (Athen): **Die Karotidenkompression bei Epilepsie und Hysterie.** (Wiener klin. Wochenschr., 1915, No. 44.)

Verf. beschäftigte sich mit Versuchen bezüglich der Karotidenkompression bei Epileptikern und Hysterischen und erzielte für die Diagnostik, die Pathogenese und den Mechanismus des Ausbruchs des epileptischen und hysterischen Anfalls bemerkenswerte Erfolge. Zunächst führte Verf. die Karotidenkompression bei 30 gesunden Individuen im Alter von 18 bis 30 Jahren aus. Der Versuch wurde nie über eine Minute ausgedehnt. Immer wurde der Daumen sofort von der Karotis abgehoben, sobald Bewußtlosigkeit eintrat. Bei allen Gesunden trat nach Verlauf einer gewissen Zeit, meistens nach einer halben Minute, momentane Bewußtlosigkeit ein, die sofort nach dem Aufheben des Daumens verging, wonach kein anhaltender, sondern nur ein momentaner Schwindel zurückblieb. Die Bewußtlosigkeit hatte keine Zuckungen, sondern eine völlige Erschlaffung der ganzen Muskulatur zur Folge, wobei der Kopf sofort zur Seite auf die Schultern oder nach vorne sank. Verf. wandte die Karotidenkompression zur Hervorrufung von Epilepsiefällen bis heute bei 116 größtenteils an genuiner Epilepsie leidenden Personen an. Die Bewußtlosigkeit trat bei allen Epileptikern schneller ein als bei den Gesunden, und zwar immer in spätestens 30 Sekunden. Der Bewußtlosigkeit folgten außer bei den Fällen, bei denen es sich um ein epileptisches Aequivalent handelte und bei denen nicht immer Krämpfe auftraten, sofort bei den einen allgemeine, bei den anderen nur Krämpfe der einen Hälfte des Körpers, bei denen die Gesichtsmuskeln bald mehr oder weniger, bald gar nicht in Mitleidenschaft gezogen werden; die Krämpfe waren meistens Strampelbewegungen. Auf die Krämpfe von 10 bis höchstens 30 respektive 40 Sekunden Dauer folgte Bewußtseinstrübung mit dem charakteristisch starren Blick, wie er bisweilen gegen Ende der klassischen Anfälle und bei Fällen epileptischer Absenz beobachtet wird. Die Trübung dauerte ungefähr eine bis fünf Minuten, worauf der Patient zu sich kam und über Schwere im Kopf, Schwindel und Ermattungen verschiedener Intensität klagte, wie bei den spontan auftretenden Anfällen. Meistens sagten die Patienten ungefragt, daß sie sich in demselben Zustand auch nach den spontan auftretenden Anfällen befänden. Bei sieben Fällen von partieller, traumatischer Epilepsie (Jackson), bei denen Hemiparese und bei zwei Fällen ein dauernder Krampfzustand der einen Körperhälfte mit vorhanden war, zeigten sich beim Eintritt der Bewußtlosigkeit einige Sekunden lang zunächst starke Krämpfe auf der leidenden Körperhälfte; keine Bewußtseinstrübung wurde beobachtet, nur vorübergehender Schwindel. Die Patienten sagten aus, daß

mit der Karotidenkompression und vor dem Eintritt der momentanen Bewußtlosigkeit sich Ameisenlaufen zeigte, wie während der spontan auftretenden örtlichen und großen Anfälle. Bei neun Fällen, bei denen es sich um Patienten handelte, die nach Aussagen der Hausgenossen in sehr langen Zeiträumen von den charakteristischen großen epileptischen Anfällen bei Nacht meistens befallen wurden (bei Tage fanden sie immer ohne Aura statt), trat bei Karotidenkompression kein Anfall ein. Bei den letzten neun Fällen zeigte sich kein anderes epileptisches Aequivalent. — Bei Hysterischen wandte Verf. die Karotidenkompression bis heute in 42 Fällen zur Hervorrufung von hysterischen Anfällen an. Es handelte sich bei all diesen Fällen um Frauen, die an großen hysterischen, an gewöhnlichen konvulsiven Anfällen, an hysterischer Lethargie, an hysterokataleptischen Anfällen, an hysterischem Schwindel, an örtlichen hysterischen Krämpfen usw. litten. Bei allen 42 Fällen trat ohne Ausnahme durch die Karotidenkompression der hysterische Anfall oder das Aequivalent ein, genau so, wie bei den spontan auftretenden, das heißt charakteristischen Anfällen mit der charakteristischen Allgemeinermüdung und den übrigen Erscheinungen nach dem Anfall. Viele von den Patientinnen sagten nach dem Anfall ungefragt aus, daß sie anfangs das Gefühl der Aura wie beim Beginn der spontan auftretenden Anfälle gehabt und nachher sich in demselben Zustand befunden hätten, wie nach den spontan auftretenden. Die Resultate vorliegender Versuche tragen zur Diagnostik der Epilepsie und Hysterie bei. Bei der Differentialdiagnostik zwischen hysterischen und epileptischen Anfällen, zwischen epileptischen Aequivalenten und anderen Krankheiten, wie Migräne, Enuresis nocturna etc. etc., bei denen zuweilen die Aequivalente am Tage eintreten, die großen Anfälle jedoch während der Nacht im Schlafe, ohne daß sie von der Umgebung des Patienten und von ihm selbst wahrgenommen werden, bei forensischen Fragen und beim Militär, klärt das künstliche Hervorrufen eines Anfalls die Situation. Die durch Karotidenkompression hervorgerufenen epileptischen Anfälle haben nicht die Dauer und die Intensität der spontan bei demselben Patienten auftretenden, auch die postepileptische Bewußtseinstrübung ist gewöhnlich nicht von so langer Dauer, wie bei den spontan auftretenden, sie ist aber so charakteristisch, daß ihre diagnostische Bedeutung nicht zu verkennen ist. Kr.

III. Feuilleton

Die Therapie der Keilschriftmedizin.

(Fortsetzung.)

Von

Felix Reinhard, Arzt (z. Z. in Wahn, Rhld.).

B. Einteilung der Medikamente nach ihrer Wirkung.

Nach ihrer Wirkungsweise können wir die einzelnen Arzneistoffe der Keilschrifttherapie auf Grund obiger Zusammenstellung folgendermaßen ordnen. Wo wir nur aus der gleichzeitigen ägyptischen oder aus der hellenischen und noch späteren Medizin auf analoge Anwendungsweisen in Mesopotamien schließen, da setzen wir hinter das betreffende Produkt ein Fragezeichen. Es ist dies in den weitaus meisten Fällen nötig! Was sicher bekannt ist, ist durch den Druck hervorgehoben.

1. Innere Mittel.

Expectorantia, Mucilaginosa.

Brassica (rapa?): Wurzelsaft (?).
Commiphora Myrrha: Harz (?).
Cupressus sempervirens: Oel (?).
Glycyrrhiza labra: Wurzelauszug (?).
Hordeum vulgare: Gerstenschleim (?).
Myrtus communis: Blatt und Frucht (?).
Phoenix dactilifera: Fruchtsaft (?).
Sesamum oleiferum: Abkochung des Krautes (?).

Hustenreizlindernde Mittel.

Cynoglossum officinale: Wurzelabkochung (?).
Vitex agnus castus: Kraut und Frucht (?).

Antiasthmatica.

Allium-Arten (?).

Aromatica, Tonica, Stomachica, Carminativa.

Acorus calamus: Frucht (?).
Carum carvi: Frucht (?).
Cuminum cyminum: Frucht (?).
Myrtus communis: Frucht (?).
Foeniculum vulgare: Frucht (?).
Vitex agnus castus: Frucht und Kraut (?).

Adstringentia, Antidiarrhoica, Anticolica.

Brassica: Rübsamenmehl.
Commiphora Myrrha: Harz (?).
Cynoglossum officinale: Wurzel und Kraut.
Glycyrrhiza labra: Wurzel.
Kasu-Pflanze: Saft.
Myrtus communis: Frucht und Blatt (?).
Phoenix dactilifera: Dattelschrot, unreife Frucht (?).

Laxantia.

Phoenix dactilifera: Saft der jungen Blätter (?), reife Frucht (?).
Ricinus communis: Oel des Samens.
Saccharomyces (?).

Antivomitiva.

Oel: Verschiedene Arten.

Anthelminthica.

Allium-Arten (?).
Cupressus sempervirens: Rinde und Holz (?).

Anti-Icterica.

Commiphora Myrrha.
Cupressus sempervirens: Die ganze Pflanze, Zapfen, Samen.
Cynoglossum officinale: Die ganze Pflanze, Wurzel.
Gallenpflanze.
Lehm aus Staub vom Berggestein.
Nigella sativa: Samen (?).
Salz.
Tamarix (gallica?): **Samen.**

Aphrodisiaca.

Acorus calamus (?).
Allium-Arten (?).
Misy (?).

Anaphrodisiaca.

Vitex agnus castus: Kraut und Frucht (?).

Antigonorrhoica.

Tamarix: Blatt und Rinde gegen Fluor albus (?).
Vitex agnus castus: Kraut und Frucht (?).

Emmenagoga, Abortiva etc.

Allium sativum: Geburterleichternd (?).
Sesamum oleïferum: Samen als Abortivum (?).
Vitex agnus castus: Kraut und Frucht, auch als nachgeburtförderndes Mittel (?).

Mittel gegen Sterilität.

Tamarix: Frucht (?).

Antispasmodica.

Carum carvi: Frucht (?).
Cuminum cyminum: Frucht (?).

Hypnotica.

Commiphora Myrrha (?).

Styptica.

Cynoglossum officinale: Kraut und Frucht (?).
Tamarix: Blatt und Rinde (?).

Diaphoretica und Diuretica.

Allium-Arten (?).
Brassica: Wurzelsaft (?).
Cedrus Libani: Harz und Samen (?).
Foeniculum vulgare: Wurzel (?).
Nigella sativa: Wurzel (?).
Salix pentranda: Kätzchenfrucht (?).

Drogen-Extraktionsmittel.

Bier.
Oel.
Wasser.
Wein u. Weinwasser.

Geschmackskorrigentia.

Dattelsirup.
Honig.

2. Aeußere Mittel.

Antiseptica (?), Wundmittel.

Commiphora myrrha: Harz (?).

Exsiccantia.

Commiphora myrrha (?).

Abszeßeröffnende Mittel, Kataplasmen.

Allium-Arten (?).
Foeniculum vulgare: Kraut als Kataplasma (?e.

Keratoplastica.

Juniperus oxycedrus: Oleum cadinum (?).

Salben, flüssige Einreibungen, Pflaster, Klysmata.

Acorus calamus.
Asphalt.
Cedrus Libani.
Cupressus sempervirens.
Honig.
Juniperus oxycedrus.
Myrtus communis.
Rauschtrank.
Salix pentranda: Samen.

Alle übrigen Stoffe des keilschriftlichen Heilschatzes: fanden ebenfalls gelegentlich äußerliche Verwendung.

Salbengrundlagen.

Butter.
Hammeltalg.
Rindertalg.
Sesamöl.
Schweinefett.

IV. Tagesgeschichte

Standesangelegenheiten, Medizinal-Gesetzgebung, soziale Medizin etc.

Berlin. Folgende **Abänderungen** der **Ausführungsbestimmungen** zu dem Gesetz über die **Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten** hat der Bundesrat am 9. Dezember 1915 beschlossen: 1. Bekämpfung der Cholera. An Stelle von No. 1 Abs. 1 und von No. 2 Abs. 1 ist das Folgende zu setzen: 1. Zu §§ 12, 13. Diejenigen Personen, welche mit einer an der Cholera erkrankten oder verstorbenen Person, mit Wäsche, Kleidungsstücken oder Ausleerungen Cholerakranker in Berührung gekommen sind, sowie die Haus- und Arbeitsgenossen Cholerakranker (ansteckungsverdächtige Personen) sind einer Beobachtung zu unterstellen, soweit nicht schärfere Maßregeln nach No. 2 zu ergreifen sind oder vom beamteten Arzte aus besonderen Gründen für erforderlich erklärt werden. Die Beobachtung soll nicht länger als fünf Tage, gerechnet vom Tage der letzten Ansteckungsgelegenheit, dauern. Sie ist in schonender Form und so vorzunehmen, daß Belästigungen tunlichst vermieden werden. Sie wird, abgesehen von den etwa erforderlichen bakteriologischen Untersuchungen der Ausleerungen, in der Regel darauf beschränkt werden können, daß durch einen Arzt oder durch eine sonst geeignete Person täglich Erkundigungen über den Gesundheitszustand der betreffenden Personen eingezogen werden. Findet zugleich eine bakteriologische Untersuchung statt, so ist, falls bei zwei solchen durch einen Tag getrennten Untersuchungen keine Choleraerreger gefunden worden sind, der Ansteckungsverdacht als beseitigt anzusehen. 2. Zu §§ 14, 18. An der Cholera erkrankte oder krankheitsverdächtige Personen sind ohne Verzug unter Beobachtung der Bestimmungen im § 14 Abs. 2 und 3 des Gesetzes abzusondern. Als krankheitsverdächtig sind, solange nicht durch den negativen Ausfall der bakteriologischen Untersuchungen an drei durch je eine eintägige Zwischenzeit getrennten Tagen der Choleraverdacht beseitigt ist, solche Personen zu betrachten, welche unter Erscheinungen erkrankt sind, die den Ausbruch der Cholera befürchten lassen. Anscheinend gesunde Personen, in deren Ausleerungen bei der bakteriologischen Untersuchung Choleraerreger gefunden wurden, sind wie Kranke zu behandeln. Als genesen sind die Erkrankten erst dann zu betrachten, wenn bei den bakteriologischen Untersuchungen an drei durch je eine eintägige Zwischenzeit getrennten Tagen Choleraerreger nicht mehr festgestellt worden sind.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Der Direktor der inneren Abteilung des städtischen Krankenhauses am Urban, Geh. Sanitätsrat Prof. Dr. Albert Fraenkel, legt zum 1. April sein Amt nieder, das er beinahe 26 Jahre, seit der Errichtung des Krankenhauses, inne gehabt hat.

— Dem Direktor des Poliklinischen Universitäts-Instituts für innere Medizin, Generalarzt Geh. Rat Prof. Dr. Goldscheider, der zurzeit als konsultierender Internist beim Oberkommando einer Armee im Felde steht, ist das **Eiserne Kreuz 1. Klasse** verliehen worden.

— Dem Chefarzt des Lazarettes und Krankenhauses Hermannswerder bei Potsdam, Prof. Dr. H. Wolff, der gleichzeitig als beratender Chirurg beim Gardekorps tätig ist, ist das **Eiserne Kreuz** am weiß-schwarzen Bande verliehen worden.

— Im 44. Lebensjahre starb nach kurzer Krankheit der Privatdozent der Chemie Prof. Dr. Walter Loeb, Leiter des chemischen Laboratoriums am städtischen Virchow-Krankenhause.

Jena. Dem außerordentlichen Professor der Zoologie an der hiesigen Universität Dr. Albrecht Hase ist das **Eiserne Kreuz** verliehen worden. Dr. Hase, der von Hause aus Arzt ist, ist als vertraglich verpflichteter Zivilarzt in einem Gefangenenlager tätig; es ist ihm der Sonderauftrag geworden, die Läuseplage im Heere wissenschaftlich zu bearbeiten. Als Frucht deser Forschungen hat er bereits mehrere Schriften veröffentlicht.

— Der Privatdozent für innere Medizin Dr. med. Viktor Reichmann ist zum außerordentlichen Professor ernannt worden. Als Oberarzt der medizinischen Universitätsklinik leitete er seit Ausbruch des Krieges die Klinik an Stelle des zum Heeresdienst einberufenen Direktors Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Stintzing.

Mainz. Prof. Dr. Dibbelt in Tübingen, der bereits vor längerer Zeit zum Prosektor des hiesigen Stadtkrankenhauses gewählt wurde, hat diese Stellung jetzt angetreten.

Nauheim. Der hiesige Badearzt San.-Rat Dr. S. Gräupner, der sich auch als wissenschaftlicher Schriftsteller vielfach betätigt hat, ist im Alter von 54 Jahren gestorben.

Straßburg. Der im 40. Lebensjahre stehende Privatdozent der pathologischen Anatomie an der hiesigen Universität Dr. August Tilp, ein geborener Oesterreicher, der als Oberarzt und Reserveleutnant des österreichischen Heeres im Felde stand, ist in Rußland am Flecktyphus gestorben.

Budapest. Im Alter von 59 Jahren starb hierselbst Dr. Béla Alexander, Privatdozent für Radiologie und Direktor des Radiologischen Zentralinstituts.

Basel. Der Privatdozent der inneren Medizin Dr. V. Schlaepfer ist gestorben.

Kongreß- und Vereinsnachrichten.

Berlin. Am 1. und 2. Mai 1916 findet eine „Außerordentliche Tagung" des **Deutschen Kongresses für Innere Medizin** in Warschau statt. Zur Verhandlung kommen die Krankheiten, die im Kriege besondere Wichtigkeit erlangt haben; in Aussicht genommen ist die Besprechung von Abdominaltyphus, Ruhr, Fleckfieber, Cholera, Herzkrankheiten und Nephritis. Es stehen nur Referate mit anschließender Diskussion auf der Tagesordnung; freie Vorträge sind ausgeschlossen. Zur Tagung werden zugelassen die Militär- und Zivilärzte, welche dem Deutschen Reiche und den verbündeten Staaten angehören; Angehörigen neutraler und feindlicher Staaten kann der Zutritt nicht gestattet werden. Da die Tagung im besetzten Gebiet stattfindet, muß jeder Teilnehmer mit einem vorschriftsmäßigen Passe versehen sein; die dabei zu erfüllenden Bedingungen, sowie die Bestimmungen für die Anmeldung zur Teilnahme werden in der Fachpresse noch bekanntgegeben werden. Anfragen sind an den Sekretär des Kongresses, Prof. Weintraud in Wiesbaden, zu richten.

Verschiedenes.

Berlin. Am 14. Dezemer v. J. tagte hierselbst eine Versammlung von Vertretern der deutschen Landesversicherungsanstalten. U. a. wurde bei dieser Gelegenheit auch die **Kurpfuscherfrage** erörtert, und es wurde dazu einstimmig eine Erklärung beschlossen, die dem Wunsche Ausdruck verleiht, es möchte nach dem Vorgang einiger Generalkommandos für das ganze Deutsche Reich ein Verbot der Kurpfuscherei erlassen werden.

Cassel. Auch das stellvertretende Generalkommando für Hessen-Nassau hat jetzt (unter dem 22. Januar d. J.) eine Verordnung erlassen, welche die **Behandlung von Geschlechtskrankheiten durch nichtapprobierte Personen**, sowie das Anbieten und die ohne ärztliche Verordnung erfolgende Abgabe von Heilmitteln, die für die Behandlung von Geschlechtskrankheiten bestimmt sind, verbietet und mit den entsprechenden Strafen bedroht.

Nürnberg. Aus der **Martin-Brunner-Stiftung** in Nürnberg gelangt alljährlich an eine in Deutschland tätige Person eine Summe von ungefähr 1500 M. als **Preis** für hervorragende wissenschaftliche Leistungen auf dem Gebiete der Erforschung und Bekämpfung der Krebskrankheiten zur Verteilung. Bewerbungen sind bis spätestens 1. September l. J. beim Stadtmagistrat Nürnberg einzureichen.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: San.-Rat Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil S. Caspari, Berlin-Schöneberg
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW. 68, Alexandrinenstraße 110.

85. Jahrgang Berlin, 19. Februar 1916 No. 8

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Steinplatz 10556

85. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Referate.

Innere Medizin und verwandte Gebiete.

Dr. **Steinert** und Dr. **Flusser**: **Hereditäre Lues und Wassermannsche Reaktion.** [Aus der Deutschen Universitätsklinik in der Prager Findelanstalt.] (Archiv für Kinderheilkunde, Bd. 65, H. 1 u. 2.)

Zusammenfassung der sehr ausführlichen Arbeit: 1. Unter den Kindern der unter Epsteins Leitung stehenden Abteilung der Prager Findelanstalt lassen 5,7 Proz. Lues entweder klinisch oder serologisch erkennen oder stammen von Müttern ab, die klinisch oder serologisch sich als luetisch erwiesen. 2. Alle luetischen Kinder haben luetische Mütter. Die Umkehrung dieses Satzes in dem Sinne, daß alle Kinder luetischer Mütter luetisch seien (Rabinowitsch), ist durch klinische und serologische Untersuchungen der Kinder nicht zu begründen. In jenem Stadium der Lues können Frauen klinisch und serologisch gesunde Kinder gebären. 3. Das früheste Stadium der Lues, in welchem die Krankheit von der schwangeren Mutter auf das Kind vererbt werden kann, ist die Zeit 7 Wochen nach der Infektion. 4. Von den Kindern florid luetischer Mütter des 2. Stadiums blieben 45 Proz. klinisch und serologisch frei von luetischen Erscheinungen. Die meisten dieser Kinder wurden, auch wenn sie klinisch und serologisch frei waren, prophylaktisch behandelt. 5. Von 5 Kindern, deren Mütter an tertiärer Lues litten, erkrankte eines an Lues. 6. Hereditär luetische Mütter können luetische Kinder gebären. 7. Latent luetische Mütter gebären seltener luetische Kinder als florid luetische. 8. Luetische Frauen können auch zu einer Zeit luetische Kinder gebären, wo ihre Lues weder klinisch noch serologisch nachweisbar ist. Die „Collesschen Mütter" sind Lueticae, auch wenn zu ihrer klinischen Symptomfreiheit sich mitunter die negative Wassermannsche Reaktion zugesellt. 9. Bei hereditär luetischen Kindern geht in vielen Fällen positive Wassermannsche Reaktion dem Ausbruch klinischer Symptome voraus. 10. Wassermannsche Reaktion trotzt in vielen Fällen hereditärer Lues lange der spezifischen Behandlung. Gleichwohl darf diese nicht früher als erfolgreich angesehen werden, bevor Wassermannsche Reaktion nicht dauernd negativ ist. 11. Im Säuglingsalter gibt es eine Lues, die ohne klinische Symptome verläuft und nur durch die Wassermannsche Reaktion erkannt werden kann. In solchen Fällen kann die positive Wassermannsche Reaktion nicht durch den bloßen Uebergang der Reagine von der Mutter auf das Kind erklärt werden, da auch Kinder negativ reagierender luetischer Mütter positive Wassermannsche Reaktion bei klinischer Symptomlosigkeit zeigen können. 12. Bei hereditär luetischen Kindern findet sich mitunter bei floriden Erscheinungen negative Wassermannsche Reaktion. Zu 80 Proz. stammen solche Kinder von Müttern ab, die gleichfalls trotz sicherer Lues negative oder unbeständige Reaktion zeigen. 13. In den ersten Wochen nach der Entbindung kommen Schwankungen der Wassermannschen Reaktion bei den Müttern vor. Es kann die bei der Geburt positive Reaktion im Wochenbett negativ werden (negative Schwankung) oder es kann das Umgekehrte eintreten, indem eine früher negative Wassermannsche Reaktion im Wochenbett positiv wird (positive Schwankung). Wassermannsche Reaktion im Wochenbett kommt auch bei Frauen vor, die keine Anhaltspunkte für Lues bieten. 14. Das Vorkommen einer positiven Wassermannschen Reaktion bei nichtluetischen Kindern ist eine äußerst seltene Ausnahme. In solchen Fällen geht die Reaktion rasch ohne Behandlung zurück. In seltenen Fällen findet man auch bei Säuglingen mit akuten Infektionen positive Wassermannsche Reaktion. 15. Sera, welche bei Anstellung der Wassermannschen Reaktion Selbsthemmung geben, rühren in einem auffallend hohen Prozentsatz (20 Proz.) von Individuen her, die sichere Beziehungen zu Lues haben. R.

Dr. **Alfred Vogt** (Aarau): **Eine akute Form der Ophthalmoplegie (Poliomesencephalitis acuta).** (Schweiz. Rundschau für die Medizin, 1915, No. 26.)

Verf. beobachtete bei einem 12 jähr. Knaben ein Krankheitsbild, für welches er in der Literatur kein sicheres Analogon fand. Unter plötzlich hohem Fieber mit Erbrechen und Somnolenz entstand eine Lähmung fast sämtlicher äußerer Augenmuskeln. Es bestand doppelseitige Ptosis, links stärker als rechts. Die Augenbewegungen waren hochgradig beschränkt, am rechten Auge funktionierte nur noch der Rectus externus, am linken nur noch der Rectus internus. Auch diese beiden Muskeln waren leicht paretisch. Der Augenspiegelbefund war normal, die Sehschärfe beider Augen gut. Im Laufe der nächsten Wochen und Monate bildeten sich die Lähmungen zum Teil zurück. Nach vier Jahren besteht eine mäßige Bewegungsfähigkeit beider Augen nach oben, oben innen und oben außen. Blickbewegung nach rechts und Konvergenz gut. Gelähmt blieben die Senker und der linke Externus. Verf. betrachtet das Krankheitsbild als ein Analogon zur akuten Poliomyelitis, als eine akute Erkrankung der Augenmuskelkerne; denn die Augenmuskelkerne sind neben den Kernen der Accessorius, Hypoglossus, Facialis als die proximale Fortsetzung der grauen Vorderhörner zu betrachten. R. L.

Chirurgie.

Prof. **G. Perthes**, Generaloberarzt und beratender Chirurg des XIII. Armeekorps: **Beitrag zur Prognose und Behandlung der Bauchschüsse im Kriege.** (Münch. med. Wochenschr., 1915, No. 13 bis 14.)

Verf. kommt auf Grund seiner Erfahrungen im gegenwärtigen Kriege zu folgenden Ergebnissen: Die Prognose der Bauchschüsse durch Infanteriegeschosse ist wesentlich ungünstiger, als nach den Kriegserfahrungen vor 1914 angenommen wurde. Bei der großen Mehrzahl der tödlich verlaufenden Fälle erfolgt der Tod innerhalb der ersten drei Tage. Von den der Sanitätskompagnie zugehenden Bauchschüssen sterben

42 Prozent noch auf dem Hauptverbandplatze. Von Todesfällen des Feldlazaretts fallen 75 Prozent auf die ersten drei Tage. Nur etwa 20 Prozent der auf den Hauptverbandplatz kommenden und nur 40 Prozent der in das Feldlazarett aufgenommenen Bauchhöhlenschüsse verlassen lebend das Feldlazarett. Bei etwa der Hälfte der aus dem Feldlazarett lebend Entlassenen handelt es sich um Bauchhöhlenschüsse ohne Verletzung von Bauchorganen. Diese Hälfte kommt natürlich in der Regel zur Heilung. Von der anderen Hälfte mit Verletzung des Darmes oder anderer Organe erliegt der wahrscheinlich kleinere Teil noch späteren Komplikationen (Abszeß, Anus praeternaturalis). Für den zur Heilung kommenden Rest ist die konservative Therapie von ausschlaggebender Bedeutung. Die Operation eines Bauchschusses im Felde ist nur zulässig für einen in der Bauchchirurgie sehr erfahrenen Chirurgen, welcher die Asepsis unter den besonderen sich gerade bietenden Verhältnissen beherrschen kann. Unter dieser Voraussetzung ist die Operation angezeigt, erstens wenn der Verletzte innerhalb der ersten 12 Stunden post trauma zur Operation kommt, zweitens wenn deutliche Symptome der Verletzung eines Bauchorgans vorliegen, drittens wenn der Allgemeinzustand nicht so ungünstig ist, daß wahrscheinlich irreparable Verletzungen vorhanden sind. Da die Gesamtheit dieser Vorbedingungen selten erfüllt ist, bleibt trotz der wenig günstigen Prognose die konservative Behandlung die Regel.

R. L.

Dr. **Georg Wolfsohn**, zurzeit Oberarzt in einem Kriegslazarett: **Appendizitis und Typhus.** (Berliner klin. Wochenschr., 1915, No. 33.)

Verf. berichtet über eine besondere Krankheitsgruppe mit einem sehr merkwürdigen Symptomkomplex, die er unter dem großen Material von Blinddarmentzündungen, das er im Kriegslazarett zu operieren Gelegenheit hatte, beobachten konnte. Es handelt sich um Patienten, welche mit der Diagnose „Blinddarmentzündung" zur Beobachtung bezw. zur Operation eingeliefert werden. Fragt man nach der Anamnese, so erfährt man fast stets, daß die Patienten nicht, wie sonst bei der Appendizitis, plötzlich erkrankt sind, sondern daß sie sich schon seit längerer Zeit, seit Tagen oder Wochen, matt und abgeschlagen fühlten, mitunter über Kopfschmerzen oder Gliederreißen und dergl. klagten. Durchweg wird angegeben, daß seit einiger Zeit hartnäckige Durchfälle mit mehr oder minder großen Leibschmerzen bestanden. Häufig wurde angegeben, daß Blut im Stuhl gewesen sei. Der erste Eindruck am Krankenbett zeigt bereits Unterschiede gegenüber dem, was wir sonst bei der „Appendizitis" zu sehen gewohnt sind. Die Kranken sind nämlich fast durchweg in einem guten Allgemeinzustand und sehen besonders wohl aus. Der Leib ist bei allen Patienten mehr oder weniger stark meteoristisch aufgetrieben, im übrigen aber weich. Während linke Unterbauchgegend und Magengrube auch auf tiefen Druck unempfindlich sind, ist die Gegend des Blinddarmes ganz ausgesprochen druckempfindlich. Es besteht auch immer ein deutliches Ileocoecalgurren. Besonders wichtig ist aber der Umstand, daß im Gegensatz zu gewöhnlicher Appendizitis auch in der Blinddarmgrube keine Muskelresistenz zu fühlen ist. Die Milz ist in einigen wenigen Fällen vergrößert. Auch eine Andeutung von Roseola auf der Bauchhaut kommt vor. Uebelkeit und Brechreiz gehört zu den Seltenheiten. Bei Beratung dieses Symptomenkomplexes ist man zunächst wohl geneigt, an einen Typhus abdominalis zu denken. Die bakteriologische Untersuchung des Stuhles, Urins und Blutes fällt jedoch nach dieser Richtung hin stets negativ aus. In 12 derartigen Fällen ist Verf. zunächst abwartend verfahren, hat sich aber dann, da weder die Blinddarmschmerzen noch die fieberhaften Durchfälle aufhörten, in 10 Fällen zur Operation entschlossen. In diesen 10 Fällen wurde die Appendektomie ausgeführt. Der Wurmfortsatz zeigte fast stets nur geringe Veränderungen der Schleimhaut, bestehend in kleinen Blutungen oder oberflächlichen Erosionen. Alle operierten Fälle haben sofort nach der Operation ihre Symptome verloren: Das Fieber ging zurück, die Durchfälle hörten auf, der Meteorismus schwand, das Allgemeinbefinden besserte sich; innerhalb 10—14 Tagen waren die Kranken völlig gesund. Aus dem geschilderten Symptomenkomplex, dem Krankheitsverlauf und ganz besonders aus dem prompten Erfolge der Operation muß wohl der Schluß gezogen werden, daß es sich in den erwähnten Fällen um eine Erkrankung des Wurmfortsatzes gehandelt hat. Schwer zu erklären ist nur die Abweichung, welche alle diese Fälle von sonstigen Appendiziten zeigten. Von dem Gedanken ausgehend, daß der Wurmfortsatz, ähnlich wie die Gallenblase, Typhusbazillen beherbergen und das Bild jener atypischen Appendizitis hervorrufen könnte, hat Verf. von einem gewissen Termin an sämtliche Wurmfortsätze bakteriologisch untersuchen lassen. Es hat sich dabei die sehr bemerkenswerte Tatsache ergeben, daß von den zuletzt operierten 28 Appendizitiden in 5 Fällen die Innenwand des Wurmfortsatzes Typhus- bezw. Paratyphusbazillen beherbergte, während trotz mehrfacher Untersuchung Stuhl, Urin und Blut sich frei von diesen Bakterien erwiesen. Wir sind auf Grund dieser Tatsache wohl berechtigt anzunehmen, daß unter gewissen Bedingungen lebende Typhusbazillen in den Wurmfortsatz hineingelangen und sich dort mehr oder minder lange halten, ähnlich wie das bereits von der Gallenblase bekannt ist. Der Stuhl kann dabei von Typhusbazillen frei sein. Wenigstens lassen sich auch bei mehrfacher Stuhluntersuchung keine Bazillen nachweisen. Nach Entfernung des Wurmfortsatzes tritt völlige Gesundung ein. Verf. kommt demnach zu dem Wahrscheinlichkeitsschluß, daß die beschriebenen Fälle von „atypischer Blinddarmentzündung" leichte Typhusinfektionen darstellen, bei denen die Bazillen den Magen-Darmkanal verschonen und sich im Wurmfortsatz festsetzen, daselbst anatomische und ganz bestimmte klinische Veränderungen hervorrufen.

Dr. **Felix Landois**, Privatdoz. f. Chir. in Breslau, Oberarzt der Reserve: **Die primäre Naht bei Lungenzerreißungen im Felde.** (Beiträge z. klin. Chir., Bd. 97, H. 5.)

Die Behandlung der Thorax- und Lungenschüsse hängt ab von der Art des Projektils und von der Gestaltung des Schußkanals. Glatte Gewehrdurchschüsse sind anfangs konservativ zu behandeln. Stellt sich später ein Hämatothorax ein, so ist dieser durch Punktion zu beseitigen, Empyeme sind durch Rippenresektion zu eröffnen. Anders liegen die Verhältnisse bei den mit offenem Pneumothorax einhergehenden, durch Granat- oder Infanteriequerschläger erzeugten großen Verletzungen des Thorax. Diese Verwundeten kommen mit kleinem fliegenden Pulse, mit Cyanose und Atemnot in das Lazarett und machen einen bedauernswerten Eindruck. Hier kommt man mit dem konservativen Verfahren nicht zum Ziel. Sauerbruch hat berichtet, daß von 23 mit offenem Pneumothorax im Feldlazarett konservativ behandelten Soldaten 17 innerhalb der ersten 12 Tage gestorben sind. Bei dieser Form der Thoraxverletzungen, wie sehr oft die gefürchteten Tangentialschüsse des Thorax zeigen, muß man sofort operativ vorgehen. Und so hat Verf. auf Grund der traurigen Erfahrungen, die er mit dem konservativen Verfahren bei offenen Thoraxschüssen gemacht hat, in den ruhigen Zeiten des Stellungskrieges den primären Verschluß der offenen Thoraxwunde angestrebt. Verf. hat in mehreren Fällen sofort nach Eintreffen der Verwundeten im Lazarett die Lunge in das Loch des Thorax vorgezogen und diese dann mit Knopfnähten zirkulär an die Muskulatur angenäht, bis ein exakter luftdichter Verschluß erzielt worden war. Verf. berichtet in vorliegender Arbeit über den klinischen Verlauf in zwei Fällen bei schwerer Zerreißung, in denen er die Naht der zerfetzten Lungen vornahm. In beiden Fällen handelt es sich um schwere Zerreißungen der Lunge mit ausgedehntem Hämatothorax. Nach Anlegung der Seidenknopfnaht, die tief durch das Lungenparenchym gelegt wurde, stand sofort die Blutung, und nun wurde die Lunge möglichst an der Nahtstelle zirkulär in den Defekt eingenäht. Schon sehr bald nach der Operation besserte sich der Allgemeinzustand. Die Cyanose und die Atembeschwerden verschwanden, weil die Zirkulationsverhältnisse nach Schluß des offenen Pneumothorax wieder normal geworden waren, der Puls wurde allmählich, unterstützt durch Analeptica, wieder voll und kräftig. In beiden Fällen waren durch das Geschoß Rippenfrakturen und damit ein größerer Defekt in der Brustwand erzeugt, zu dessen Verschluß die Lunge zirkulär durch Knopfnähte fixiert war. Diese Nahtstelle bildete nun dauernd den schwächsten Punkt der Brustwand, auf dem der äußere Luftdruck wegen Fehlens jeder knöchernen Unterlage am meisten lastete. Schon in den nächsten Tagen bildete sich ein Hämatothorax aus und Exsudat sickerte aus der Nahtlinie heraus. Hatte Verf. schon von Anfang an, besonders in Fall 1 mit dem weit offenen Pneumothorax, mit einem Empyem gerechnet, so war es jetzt unvermeidlich geworden, und Verf. sah sich einige Tage später genötigt, die Rippenresektion hinten an typischer Stelle auszuführen. Trotzdem jetzt ein offener infizierter Pneumothorax vorlag, war das Befinden der beiden Patienten ein durchaus befriedigendes. Den Grund für das Wohlergehen der Kranken nach der Rippenresektion sieht Verf. in der Fixation der Lunge an der Thoraxwand und der dadurch erzielten Verhütung eines totalen Lungenkollapses. Aber noch nach einer anderen Richtung hin hat sich die Wichtigkeit der Fixation der Lunge gezeigt. Alle Patienten mit offenem infiziertem Pneumothorax, falls sie nicht von früheren Zeiten her Synechien der Pleura haben, bekommen ein Totalempyem, weil sich die Lunge vollständig retrahiert hat. Ist dagegen die Lunge nur an einer Stelle, wie in Verfs. beiden Fällen, durch Nähte fixiert, so ist ein Totalempyem ausgeschlossen. Die Lunge dehnt sich nach und nach wieder aus, und die Empyemhöhle kann sich mit der Zeit vollständig schließen. In Verfs. beiden Fällen war die Naht der stark zerfetzten Lunge außerdem das einzige Mittel, um die schwere Blutung zum Stehen zu bringen.

Kr.

Prof. Dr. Gustav Klein (München): **Mehrjährige Erfolge der kombinierten Aktinotherapie bei Karzinom des Uterus und der Mamma.** (Münch. med. Wochenschr., 1915, No. 15.)

Verf. berichtet über seine Erfahrungen mit der Strahlentherapie der Karzinome des Uterus und der Mamma. Er wendet eine kombinierte Behandlung an, in der Weise, daß er radioaktive Substanzen (Mesothorium, Radium) einwirken läßt, gleichzeitig die Röntgenstrahlen anwendet, endlich auch gewisse chemische Substanzen intravenös einspritzt. Von Mesothorium wurden in keinem Fall mehr als 106 mg auf einmal eingelegt, in vielen Fällen nur 50—54 mg. Die Zeitdauer der einzelnen Einlegung betrug 6—12—24 Stunden. In einer Serie wird diese Dosis gewöhnlich 3 mal innerhalb der Zeit von 3—6 Tagen eingelegt und in dieser Zeit wurde anfangs außerdem hauptsächlich Enzytol, später fast nur noch Radium-Barium-Selenat intravenös eingespritzt. Die Behandlung wird vierwöchentlich so oft wiederholt, bis entweder klinisch kein Karzinom mehr nachweisbar ist oder bis eine Fortsetzung der Behandlung aussichtslos erscheint. Anfangs erfolgte zwischen je zwei Mesothoriumbehandlungen eine Röntgenbestrahlung in vier Sitzungen. Neuerdings geht Verf. in der Weise vor, daß die Kranke nach Einlegung des Mesothoriums in den Uterus sofort mit Röntgenstrahlen behandelt wird. Was nun die Ergebnisse der Behandlung anlangt, so wurden in einigen Fällen von Mammakarzinom die Rezidive durch Bestrahlung für längere Zeit (bis zu 3¾ Jahr) beseitigt. Bei 25 operablen und operierten Uteruskarzinomen wurden im Anschluß an die Operation die Bestrahlungen gemacht und dadurch 10 Fälle vorläufig geheilt, fünf davon wurden primär geheilt, bei den anderen fünf wurden Rezidive durch die Bestrahlung beseitigt. Von 59 inoperablen Uteruskarzinomen wurden 21 durch die Bestrahlungstherapie gebessert, 14 vorläufig geheilt (Beobachtungszeit bis zu zwei Jahren). Als wichtigstes Ergebnis sieht Verf. an: 1. die Möglichkeit einer vorläufigen Heilung inoperabler Uterus- und Mammakarzinome durch die Strahlungstherapie; 2. die Erzielung einer sekundären Rezidivfreiheit durch die Bestrahlung. Nach der Operation sind ein-, zwei- und dreimalige Rezidive durch Aktinotherapie einer vorläufigen Heilung zugeführt worden, sie ist beim Uteruskarzinom bis zu 3 Jahren, beim Mammakarzinom bis zu 3¾ Jahren beobachtet worden. R. L.

Neuere Arzneimittel.

Dr. med. Ernst Burchard, Nervenarzt (Berlin): **Adalin als erstes Beruhigungsmittel bei Erregungszuständen Verletzter.** (Die Therapie der Gegenwart, August 1915.)

Eine möglichst frühzeitige Ruhigstellung des Nervensystems ist bei derartigen Erschütterungen von wesentlicher Bedeutung und verhütet am besten die Entwicklung chronischer Nervenleiden vom Typus der traumatischen Neurosen. Seit Jahren hat sich dem Verf. das Adalin in dieser Beziehung — in täglichen Gaben von zwei- bis dreimal 0,5 g — als zuverlässiges Mittel bewährt, das einmal jede lästige Nebenwirkung vermissen läßt und ferner dadurch, daß es die Stimmungslage auf eine ruhige Euphorie bringt, der Tendenz solcher Krankheiten zu depressiven Verstimmungen, welche von lebhafter motorischer Unruhe begleitet zu sein pflegen, am wirksamsten entgegenarbeitet. Auch bei Kriegsverletzungen hat Verf. sich von den Vorzügen des Adalins im Sinne einer Ruhigstellung der Stimmungslage in leichte Euphorie und des Fehlens jeder störenden Nebenwirkung überzeugt. Eine solche Ruhigstellung ist namentlich für den Transport vom Kriegsschauplatz erforderlich, der andernfalls die nervöse Schädigung leicht steigern und fitieren könnte.

Dr. Ernst Meyer, 1. Assistent der Kgl. Universitäts-Poliklinik für Lungenleidende zu Berlin: **Ueber die Wirkung des Malonsäuretrichlorbutylesters bei Hustenreiz.** (Berl. klin. Wochenschr., 1915, No. 33.)

Das jetzt von der Firma Athenstaedt & Redeker in Hemelingen unter dem Namen Toramin hergestellte Präparat hat Verf. ausgezeichnete Dienste geleistet. Um eine möglichst gleichmäßige Dosierung des Präparates zu ermöglichen, wurde es in Form von Tabletten hergestellt, welche 0,1 g wirksamer Substanz enthalten. Hiervon wurden nun den Patienten, die über Hustenreiz klagten, und zwar über Hustenreiz der verschiedensten Art, nervöser und anderer, 5—6 Tabletten, also 0,5—0,6 g pro die verabreicht, worauf sehr bald in erwünschter Weise eine wesentliche Milderung des Hustenreizes eintrat. In seltenen hartnäckigen Fällen wurde zur Erreichung der prompten Wirkung die oben angegebene Dosierung mit Erfolg bis zu 1 g bezw. 1,2 g pro die gesteigert. Es empfiehlt sich, das Mittel im Bedarfsfalle 5—6 mal pro Tag in je einer Tablette à 0,1 g bezw. in je zwei Tabletten auf einmal zu geben. Man löst hierbei die Tabletten in lauwarmem Wasser oder Milch, indem man für jede Tablette zweckmäßig etwa 3—4 Eßlöffel Flüssigkeit verwendet, und läßt diese Lösung langsam schlucken. In einer speziellen Richtung wirkt die vorliegende Verbindung bei Hustenerkrankungen besonders wertvoll. Es stellte sich nämlich heraus, daß kleinere Lungenblutungen, bei denen andere interne Mittel versagten, in kürzester Zeit zum Stehen gebracht werden konnten, und zwar handelte es sich hierbei um Fälle, bei denen eine ganze Reihe anderer Mittel gebraucht war, ohne sichtbaren Einfluß gehabt zu haben. In dieser Richtung wurde das Mittel bei etwa 40 Fällen angewandt mit fast stets überall gleichem befriedigenden Erfolg. Das Mittel wirkt in dieser Beziehung nicht von seiten des Gefäßsystems druckerniedrigend, sondern einfach als Beruhigungsmittel. Für einen besonderen Vorzug des Mittels sieht Verf. es an, daß man es bei Bronchitiden in Verbindung mit Expektorantien verwenden kann. Kr.

II. Feuilleton

Die Therapie der Keilschriftmedizin.

(Fortsetzung.)

Von

Felix Reinhard, Arzt (z. Z. in Wahn, Rhld.).

C. Allgemeine Pharmakologie und Rezeptur.

Die Verwendungsweise der Arzneien war also eine innere und eine äußere. Zum innerlichen Gebrauch wurden am häufigsten Pflanzen benutzt, meist in Form von Pflanzentränken. Von den äußerlichen Mitteln waren Salben am gebräuchlichsten. „Kräuter und Salben, welche dir verordnet sind, sollen stillen dein Weh!“ heißt es in einem Keilschrifttexte.

Innere Mittel. Die innerlich zu benutzenden Pflanzenstoffe wurden meist als Abkochungen oder Aufgüsse zubereitet; dabei dienten als Extraktionsmittel Wasser, Milch, Oel oder Rauschtrank (Wein oder Bier). Außer Pflanzendrogen wurden auch Steinsalz, Alaun und Asphalt, in Wasser oder Oel gelöst oder aufgeschwemmt, öfter benutzt, sodann verschiedene Oelsorten in Form einer emulsionsähnlichen Mischung mit Wasser. Gelegentlich wurden auch die übrigen obengenannten mineralischen und tierischen Substanzen eingenommen. Als Geschmackskorrigentien wurde den Arzneien Dattelsirup oder Honig zugesetzt.

Aeußere Mittel. Die gebräuchlichste Salbengrundlage war Sesamöl. Im Gilgamischepos wird aber auch guter Rindertalg als solche genannt, und in den Sardanapalrezepten (Keilschrifttafeln aus der Bibliothek Sardanapals [668—626 v. Chr.] in Ninive, der sog. „Kouyounyik-Collection“ im Brit. Museum, ein Teil von Küchler übersetzt) werden Milchfett, d. i. Butter, Hammeltalg und Schweinefett zum gleichen Zwecke verwendet. Auf Leder gestrichen dienten die Salben auch als Pflaster, als Pflastergrundlage wurde dann noch Asphalt zugesetzt. Auch flüssige Einreibungen waren gebräuchlich; nicht nur Wasser oder Oel, auch Wein oder Kwaß (Bier) waren nicht selten in diesen äußerlich angewandten Flüssigkeiten enthalten. Selbst Honig findet sich gelegentlich in äußeren Mitteln verordnet. Bei diesen Einreibungen und Massagen hielten die Mesepotamier nicht etwa die physikalische Wirkung des Knetens und Reibens, sondern das auf die Haut aufgetragene Medikament für das eigentlich Heilsame, eine Anschauung, die sich ja heute noch in unserer Volksmedizin findet. „Salben“ und „Einreiben“ hat drum auch in der Keilschrift die Grundbedeutung „Ueberziehen mit Flüssigkeit.“

Auch Klistiere waren in Babylon-Assyrien gebräuchlich, doch ist bemerkenswert, daß, im Sinne der eben erwähnten Auffassung, niemals bloßes Wasser als Klysma-Flüssigkeit diente, sondern daß stets medikamentöse Zusätze gemacht wurden.

Von spezieller Zubereitungsweise der einzelnen Drogen ist folgendes zu erwähnen:

Die Drogen wurden entweder frisch benutzt oder getrocknet; bestimmte Drogen durften „das Gesicht der Sonne nicht sehen“, d. h. nicht durch Besonnung getrocknet werden, weil der Mondgott, dessen Wirkungskreis ja dem der Sonne entgegengesetzt ist, Gott der Heilkunde war. Bis in die moderne Pharmazie hat sich, unbewußt, diese alte mystische Vorschrift für einzelne Drogen noch erhalten. An einer Stelle wird eine bereits getrocknete Pflanze (Hundszunge) noch besonders „gebacken“. Wenn nötig, wurden die Drogen durch Zerreiben oder Zermahlen zerkleinert. Auch Durchseihen, Abkühlen oder Erwärmen vor dem Gebrauch waren üblich. Bei Verwendung mehrerer Substanzen in einer Arznei wurde das „Mischen“ jedesmal als besonders vorzunehmende Maßnahme ausdrücklich angeführt, gerade wie in unserem heutigen Rezeptschema, ebenso etwa sonst notwendige Zubereitungsmethoden. Am Schlusse eines jeden Rezeptes findet sich ebenfalls oft wörtlich unseren sogenannten „Signaturvermerken“ entsprechend,

die Anweisung für den Patienten, wie das Mittel anzuwenden sei. Unter diesen Anweisungen findet sich bisweilen auch schon die, das Mittel „nüchtern“ zu nehmen.

Die Zusammensetzung des einzelnen Rezeptes war bisweilen recht einfach; es bestand beispielsweise nur aus der Kombination einiger alltäglicher Nahrungs- oder Genußmittel, oder aus einer oder wenigen Drogen. Solche einfachen Rezepte lauten z. B.:

„Datteln in Schweinefett oder Oel zu essen“,
„Fleischbrühe mit 4 Seckel Salz einzunehmen“,
„Tamariskensamen zerrieben in Rauschtrank einzunehmen“,
„Zerriebene Myrrhen in Rauschtrank oder Milch einzunehmen“ und dergleichen.

Bisweilen aber zeichnen sich die Rezepte im Gegenteil durch die große Zahl der einzelnen Bestandteile aus. Fünf, sieben, zwölf bis achtzehn in einem Rezepte kommen vor. Es bestand auch der Brauch, Rezepte, die in gleicher Form häufig verordnet wurden, und die mehrere Drogen enthielten, mindestens drei bis fünf, mit einem bestimmten Namen zu bezeichnen, einem Decknamen, der gewöhnlich mythologischer oder sonstwie eigenartiger Natur war und dem Uneingeweihten nichts vom Inhalte des Medikamentes verriet. Diese „hermetischen“ (Hermes ist Gott der Heilkunde) Mittel konnten dann weiterhin wieder mit anderen einzelnen Substanzen oder miteinander zu größeren Rezeptkombinationen verbunden werden. Einige solcher hermetischen Rezeptbezeichnungen lauten: „Vater und Mutter sind ausgegangen“, „Arznei des Sonnengottes“, „Haut der gelben Schlange“, „Medikament vom Gebirge des Menschengeschlechts“.

In den aus zahlreichen Einzelbestandteilen bestehenden Rezepten wird meistens die Zahl der Bestandteile am Schlusse noch besonders angegeben, und es hat den Anschein, als ob man der Anzahl eine besondere, wichtige Bedeutung beigelegt habe, die dann zweifellos auf Zahlenaberglaube beruht hat.

Zwischen nur innerlich und nur äußerlich anwendbaren Arzneistoffen läßt sich in der Keilschriftmedizin keine Sonderung erkennen. Alle Substanzen wurden gelegentlich innerlich wie äußerlich gebraucht. Das ist erklärlich, da keine der verwendeten Substanzen, soweit sie uns bekannt sind, von erheblicher Giftwirkung war. Trotzdem wird aber schon vielfach in den Rezepten für jeden oder für einige Stoffe angegeben, in welcher Gewichtsmenge er der Arznei beigegeben werden soll; bei ganz einfachen Kombinationen freilich wird keine solche Angabe gemacht. In Babylon waren Gewichts- und Maßsystem nach gleichen Prinzipien festgelegt. Das Gewicht eines Kubus Regenwassers von 51 cm Seitenlänge war das babylonische Talent (Zentner), entsprechend 822 000 g nach unserem Gewicht; das Talent wurde in 60 gleiche Teile, Mana (μνᾶ der Griechen), geteilt. Die Seitenlänge des Wasserkubus, also 51 cm, war eine babylonische Elle, zwei Drittel dieser, also 34 cm, bildeten einen babylonischen Fuß.

Eines Momentes in der Keilschrifttherapie müssen wir, obwohl es letzten Grundes mystischer Natur ist, noch kurz Erwähnung tun, da es die Praxis des rationellen ärztlichen Handelns beeinflußte. Wie schon oben erwähnt, gründeten die Mesopotamier ihre Weltanschauung auf einem supponierten Parallelismus zwischen Makro- und Mikrokosmos. Demzufolge stand auch jeder Körperteil unter dem Einflusse, der Leitung eines bestimmten Gestirns, Tierkreisbildes usw., ebenso die einzelnen Arzneimittel. Daher waren zur Anwendung bestimmter Arzneien oder zur Behandlung bestimmter Körperorgane resp. -Teile bestimmte Tage oder Zeiten die günstigsten, andere ganz ungünstig. Die Einzelheiten der Lehre sind ziemlich verwickelt, doch diene ein Beispiel zur Erläuterung des allgemeinen Gedankenganges: Günstig war insbesondere die Zeit der Sichtbarkeit des betreffenden Gestirns, von dem man sich das Organ, oder die Arznei, „regiert“ dachte; z. B.: da der Ziegenstern den Anus regiert, so wird ein Carminativum am wirksamsten sein, wenn man es beim Aufgange dieses Sterns gibt, das ist am 1. Juli um 6 Uhr abends, am 1. August um 4 Uhr abends, am 1. September um 2 Uhr nachmittags usw. Hieraus mußte sich natürlich eine ganz unrationelle Tagewählerei bei Vornahme therapeutischer Maßnahmen entwickeln. Weiterhin trug dazu auch noch der Zahlenaberglaube bei, namentlich der von der unglückbringenden Macht der Zahl sieben. An allen durch sieben teilbaren Monatstagen, dem 7., 14. usw. Tage, sollte man sich der Ausübung jeglicher Therapie enthalten. Diese alt-chaldäischen abergläubischen Vorstellungen sollten das medizinische Denken nicht nur bis an die Grenze der Neuzeit bald mehr, bald weniger beeinflussen, sondern sogar in einer bestimmten Epoche des Mittelalters geradezu eine neue, besonders üppige Blüte entfalten.

(Fortsetzung folgt.)

III. Tagesgeschichte

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Barmen. Geh. Sanitätsrat Prof. Dr. Ludwig Heusner, ein hervorragender Chirurg, ist im Alter von 72 Jahren in Bonn gestorben. Er war mehr als 30 Jahre mit größtem Erfolg in leitender Stellung an den städtischen Krankenanstalten Barmens tätig und hat mehrmals ehrenvolle Berufungen an Universitäten ausgeschlagen.

Leipzig. Auf den Lehrstuhl der Physiologie, der demnächst infolge des Rücktritts des greisen Geheimrats Prof. Dr. Ewald Hering frei wird, haben die Ordinarien der Physiologie Prof. O. Frank in München und Prof. M. Verworn in Bonn nacheinander Berufungen erhalten, aber abgelehnt.

Jena. Dr. Georg Haas hat sich für innere Medizin habilitiert.

Straßburg i. Els. Der außerordentliche Professor der Chirurgie Dr. Ernst Fischer ist im 68. Lebensjahre gestorben.

Gerichtliches.

Dresden. Ein landwirtschaftlicher Arbeiter G., der Kranke mit „Sympathiekuren“, die er sich übermäßig teuer bezahlen ließ, behandelte, wurde wegen **Betrugs** zu 9 Monaten Gefängnis verurteilt.

IV. Amtliche Mitteilungen.

Personalia.

Preußen.

Der Charakter als Sanitätsrat wurde verliehen: den Aerzten Dr. S. Abraham in Frankfurt a. Main, Dr. Fr. Adams, Direktor der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt in Andernach, Dr. Ammer in Steinkirchen, Dr. N. Auerbach in Berlin, Dr. A. Baerwald in Frankfurt a. M., Dr. B. Barczewski in Berlin-Schöneerg, Dr. A. Bayerthal in Schierstein, Dr. H. Behnke in Berlin-Schöneberg, Dr. E. Beyer, Chefarzt der Nervenheilstätte der Landesversicherungsanstalt der Rheinprovinz in Roderbirken, Dr. K. Beyer, Regierungsarzt beim Kaiserl. Gouvernement Kamerun, Dr. Fr. Bodenstab in Bad Oldesloe, Dr. E. Borchardt in Charlottenburg, Dr. O. Brandt in Treptow (Rega), Dr. Julius Braune, Direktor der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt in Conradstein (Westpr.), Dr. Ferdinand Brill in Magdeburg, Dr. Josef Engelbert Bücklers in München-Gladbach, Dr. Bernhard Büssemaker in Rahden, Dr. Georg Cohn in Berlin, Dr. Samuel Cohn in Berlin-Schöneberg, Dr. Toby Cohn in Charlottenburg, Dr. Hermann Conrads in Essen (Ruhr), Dr. Friedrich Cuno und Dr. Adolf Deutsch in Frankfurt a. M., Dr. Lewis Naumann Dunbar in Saßnitz, Dr. Mat Edel in Charlottenburg, Dr. Arnold Eiermann in Frankfurt a. M., Dr. Otto Elias, Oberarzt an der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt in Rybnik O. S., Dr. Leo Eliascheff in Königsberg i. Pr., Dr. Hermann Engel in Berlin-Schöneberg, Dr. Josef Fauler in Cassel, Dr. Oswald Feis in Frankfurt a. M., Dr. Walter Fischer in Dockenhuden, Dr. Gustav Flügge, Direktor der Prov.-Heil- und Plegeanstalt in Bedburg-Hau, Dr. Mat Förster in Laboe, Dr. Max Frank in Altona, Dr. Paul Frank in Charlottenburg, Dr. Gustav Freudenthal in Peine, Dr. Fritz Fromm in Bielefeld, Dr. Hermann Gaertig in Neiße, Dr. Konrad Wilhelm Geelvink in Emden, Dr. Adolf Geisler in Liegnitz, Dr. Gerhard Glasmacher in Vallendar, Dr. Karl Grünwald in Frankfurt a. M., Dr. Felix Hamburger in Berlin, Dr. Ernst Heese in Labes, Dr. Alois Henschel in Neiße, Dr. Anatol Hentzelt in Zehlendorf, Dr. Eugen Hergenhahn in Frankfurt a. M., Dr. Richard Hölscher in Lüneburg, Dr. Otto Hövener in Werne, Dr. Otto Huß in Apenrade, Dr. Paul Jottkowitz in Charlottenburg, Dr. Ferdinand Kahn in Frankfurt a. M., Dr. Paul Kattein in Kiel, Dr. Moritz Katzenstein in Frankfurt a. M., Dr. Josef Kaudewitz in Rohnstock, Dr. Oskar Kluge, Direktor der Provinzialanstalt für Epileptische in Potsdam, Dr. Georg Köhler in Grünberg i. Schl., Dr. Hermann Kohtz in Königsberg i. Pr., Dr. Gustav Ad. Kolbe in Betzdorf, Dr. Benno Koppenhagen in Schleusingen, Dr. Emil Kronenberg in Solingen.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: San.-Rat Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil S. Caspari, Berlin-Schöneberg
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW. 68, Alexandrinenstraße 110.

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M ?,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen,
Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Steinplatz 105 56

85. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Subjektives Nahrungs-Bedürfnis und Objektivierung der Nahrung.

Von
Wilhelm Sternberg (Berlin).

Ein prinzipieller Fehler der wissenschaftlichen Diätetik, den ich oft gerügt habe, ist der, daß die Ernährungswissenschaften über dem objektiven Nahrungs-Bedarf das subjektive Nahrungs-Bedürfnis vergessen. Dabei haben wir sogar zwei subjektive Empfindungen des Nahrungs-Bedürfnisses allein schon für die Objektivierung der Nahrung im festen Aggregatzustand. Das ist erstens der Hunger und zweitens der Appetit.

Der Hunger richtet sich nach der Quantität, der Appetit nach der Qualität.

I. Da der Hunger auf das Quantitative gerichtet ist, kommt die Objektivierung für dieses Gefühl überhaupt kaum in Betracht. Der Hungrige ißt alles. Der Hungrige ist nicht wählerisch und wählt nicht nach dem Geschmack wie der, der bloß Appetit hat. Deshalb führen alle Sprachen mit Recht das Sprichwort: „Hunger ist der beste Koch."

Der Sinnesreiz beeinflußt das Gefühl des Hungers gar nicht, ganz im Gegensatz zu dem anderen Gefühl des Appetits. Denn der Sinnesreiz beeinflußt dieses Gefühl gewaltig. „Der Appetit kommt beim Essen", sagt mit Recht das Sprichwort. Indem Stiller dies nicht einsieht, gibt er selber zu, daß er den ersten Fundamentalunterschied von Appetit und Hunger ganz und gar verkennt.

Stiller[1]) sagt nämlich: „Appetit ohne Hunger gibt es nach meiner Auffassung und Formulierung nicht. (!) Der Beweis des Gegenteils, der in der bekannten Erfahrung des l'appétit vient en mangeant liegen soll, wo also der Appetit ohne Hunger kommt, scheint mir auf falscher Interpretation zu beruhen. Wenn ich keinen Hunger fühle und durch die Vorstellung irgendeiner bestimmten Speise, noch mehr durch deren Sehen oder Riechen, am meisten aber durch das Kosten derselben Appetit bekomme, so habe ich durch den psychischen oder sensoriellen Reiz der bestimmten Speise den Hunger und, da das Objekt schon vorhanden war, auch den Appetit, das ist den objektiven Hunger (!!), angeregt und hervorgerufen. Uebrigens bleibt es immer nur ein Versuch, solche rein subjektiven und der verschiedensten Gradation und Modifikation fähigen Gefühle genau und klar zu definieren." (!!!)

Diese Ansichten von Stiller sind in all ihren einzelnen Teilen grundfalsch. Und jeder einzige kann dies tagtäglich nachkontrollieren. Der Hungrige ißt sogar Ekliges. Das Hungergefühl läßt also das hochgradige Abwehrgefühl des Ekels überwinden. Der Hungrige ißt sogar Unverdauliches, ja Unresorbierbares. So hochgradig ist das an Schmerz grenzende Unlustgefühl des Hungers.

II. Anders ist es mit dem Appetit.

Der Begriff „Appetit" läßt zwei verschiedene Annahmen zu. Entweder ist der Appetit objektiviert, dann sagt man, man hat Appetit „auf" etwas; oder der Appetit ist nicht objektiviert, dann heißt es: „der Kranke hat schon wieder Appetit"; „hat der Kranke noch immer nicht Appetit?", das ist die erste Frage eines jeden Arztes seit jeher in jedem Krankheitsfall. Diese doppelte Bedeutung des Begriffs „Appetit" ist in der Medizin noch nicht recht erkannt. So sagt Stiller[2]), freilich mit Hinweis auf sein bereits vor dreißig Jahren erschienenes Werk[3]), indem er meine Anschauungen als die bereits von ihm gesagten hinstellt und identifiziert, folgendes: „Merkwürdig ist es, daß, während die meisten Sprachen Hunger und Appetit durch zwei Begriffsformeln differenzieren, für das Durstgefühl meines Wissens keine Sprache über ein dem Appetit entsprechendes Synonym verfügt. Ich würde nach meiner oben gegebenen Auffassung eine physiologische Erklärung dafür in dem Umstand suchen, daß das Nahrungs-Bedürfnis auch im einfachsten Naturzustande des Menschen sich auf verschiedene Objekte richten, das allgemeine Hungergefühl sich daher nach verschiedenen Richtungen als Appetit objektivieren kann, während der Durst naturgemäß nur auf Wasserersatz ausgeht und ein Durstappetit, wenn wir den fehlenden Begriff so ausdrücken wollen, im Naturzustande auf keinen weiteren Gegenstand aspirieren könnte, als ihn schon der einfache Durst, das Wasserbedürfnis, voraussetzt. Ein weiterer Ausdruck für das, was wir als Durstappetit umschrieben haben, wäre also ein Pleonasmus, den der logische Geist der werdenden Sprachen glücklich vermieden hat. Freilich hat unser raffinierter Gaumen heute auch in den verschiedensten Getränken eine mehr als genügende Objektivierungssphäre, und wir könnten demnach den Sprachen jener zivilisierten Zungen mit Recht den Vorwurf machen, daß sie uns für einen bestehenden Begriff einen Ausdruck schuldig geblieben sind. Während ich allgemein sagen kann: ich habe Hunger, und objektiviert sagen muß: ich habe Appetit zu Tauben-, Rehbraten usw., muß ich ebenso im allgemeinen sagen: ich habe Durst, als auch objektiviert: ich habe Durst auf Wein, Bier, Champagner usw."

[1]) Stiller, Archiv f. Verdauungskrankheiten, Bd. XXI, Heft 1 (1915), S. 24 u. 25.

[2]) „Die Pathologie des Appetits." Archiv f. Verdauungskrankheiten, Bd. XXI, Heft 1 (1915), S. 25.

[3]) „Die nervösen Magenkrankheiten." Stuttgart 1884.

Stiller glaubt also, daß auch der Hunger objektiviert, und im Gegensatz zum Hunger der Appetit immer objektiviert sein muß. Das ist aber irrig und zwar nach zwiefacher Richtung. Auf mehrere andere Irrtümer von Stiller habe ich[4]) bereits hingewiesen.

Man kann sich diesen Unterschied im Begriff des Appetits (das ist Genußsucht) so recht klarmachen, wenn man das musikalische Genießen betrachtet. Der Laie versteht zuerst und am leichtesten die objektivierte Musik der Opern. Beethovensche Musik zu genießen und zu verstehen, bedarf es noch einer weiteren Bildung des musikalischen Gehörs. Absolute Musik, von manchen Musikern überhaupt als einzig berechtigte Kunst angesehen, ist jedenfalls etwas anderes als objektivierte Musik. Ebenso ist ein Unterschied zwischen dem Begriff: objektivierter Appetit „auf" etwas einerseits und andererseits dem: absoluter, unobjektivierter Appetit schlechtweg.

Hunger und Appetit unterscheiden sich in fünf Punkten:

1. Appetit ist der Wunsch zu essen, d. h. ich will essen („freiwillig"); Hunger ist die Notwendigkeit zu essen, d. h. ich muß essen, ich kann es nicht mehr aushalten. „Der Hunger treibt's rein." Ebenso wie bei anderen Bedürfnissen, z. B. der Defäkation, der Urin-Entleerung, der Betreffende den Inhalt nicht mehr „halten" kann.

2. Appetit ist ein geringeres Bedürfnis, Hunger ist ein stärkerer Zwang.

Nun könnte man freilich sagen, auch der Hungrige hat Appetit, auch der Hungrige möchte am liebsten sein Leibgericht, auf das er Appetit hat. Doch ist das Gefühl des Hungers so groß, daß es das Gefühl des Appetits überwuchert. Ebenso verhält es sich ja mit zwei anderen Gefühlen. Wie Appetit das Vorgefühl vom Hunger, so ist Kitzel das Vorgefühl vom Schmerz. Wer erst Kitzel hat und dann Schmerz, kann nicht etwa sagen, er habe nun Kitzel und Schmerz zugleich. Kitzel und Schmerz vertragen sich nicht nebeneinander. Wenn wir bei Verdacht auf Perityphlitis einen Druck auf den bewußten Punkt ausüben, beobachten wir, ob eine Reaktion des Schmerzes erfolgt. Wenn aber Lachen erfolgt, dann ist sicher Schmerz und also eine Erkrankung des Darmes ausgeschlossen.

3. Appetit kann objektivieren, Hunger kann dies nicht.

4. Appetit ist eine qualitative Größe, Hunger eine quantitative.

5. Appetit ist Genuß-Bedürfnis, Hunger Nahrungs-Bedürfnis. Appetit vermehrt ist „Gieper", „Sucht", „Jampel", „Leidenschaft", „Passion"; Hunger vermehrt ist „Heißhunger". In bezug auf Liebe ist Hunger der tierische Sexualtrieb, das Geschlechts-Bedürfnis, die Geilheit; der Appetit ist das himmlische Liebes-Bedürfnis.

Auf diesem Wege gelangt man zur Einsicht über Verschiedenheiten im Liebesleben der Geschlechter:

1. Beim Mann ist der tierische Liebes-Hunger stärker: ♂ > ♀.

2. Beim Mann ist der himmlische Liebes-Appetit schwächer: ♂ < ♀.

3. Beim Mann fehlt gänzlich das, was beim Weib sehr häufig ist, der Ekel vor dem Liebesakt, vor dem Verlangen.

Somit stehen wir auf gerade dem entgegengesetzten Standpunkt wie Stiller: Hunger objektiviert nicht, ebensowenig wie Durst; Hunger ist quantitativ wie Durst; Hunger richtet uns auf die warme Temperatur, Durst auf die kalte. Folgendes Schema erläutert dies:

Quantitäten	Qualitäten	**Physikal. E.**
Hunger	Appetit	Fest. Aggr.
Durst		Flüssig. Aggr.

	Physikal. E.
Hunger : Warm	
Durst : Kalt	Temperatur.

[4]) „Nahrungsbedürfnis und Sprache." Archiv f. Verdauungskrankheiten, Bd. XXI, Heft 6 (1916).

II. Referate.

Priv.-Doz. Dr. **Otto Porges**, k. k. Regimentsarzt und Kommandant des Reserve-Spitals No. 4 (Wien): **Ueber die Behandlung von gastrogenen Diarrhöen mit Salzsäure-Tierkohle.** (Therap. Monatshefte, Oktober 1915.)

Die Behandlung der gastrogenen Diarrhöen ist durch die Untersuchungen von Leo in ein neues Stadium getreten. Leo konnte zeigen, daß die schon vor Dezennien von Leube empfohlene, jedoch vielfach wegen Unwirksamkeit verlassene Salzsäuretherapie gute Dienste leistet, wenn hinreichend große Dosen dargereicht werden. Allerdings stößt die Zuführung der wirksamen Menge (1—5 g der offizinellen Salzsäure) vielfach auf Widerstand, da sie die Pharynx- und Oesophagusschleimhaut reizt. Die in neuerer Zeit von Wiechowski und Adler zu Ansehen gebrachte Behandlung von Darmerkrankungen mit Tierkohle brachte Verf. auf den Gedanken, die Tierkohle als Vehikel der Salzsäure zu benutzen und dadurch die Wirksamkeit der Salzsäure mit den fäulniswidrigen und entgiftenden Qualitäten der Tierkohle zu kombinieren. Die vom Verf. mit Salzsäurekohle behandelten Fälle waren zum großen Teile Ruhrrekonvaleszenten und zeigten vielfach neben den Erscheinungen der gastrogenen Diarrhoe die Symptome einer Kolitis. Sie erhielten vor und während der Behandlung eine Diät von folgender Zusammensetzung: 1. Frühstück: Milchkaffee, Weißbrot; 2. Frühstück: Käse oder Ei oder Butter, Weißbrot; Mittag: Suppe mit Einlage, Braten mit Erdäpfelpuree, Milchspeise; Jause: wie Frühstück; Nachtmahl: Schinken, Weißbrot. Bei einer solchen Kost hatten die Patienten gewöhnlich 3—6 flüssige oder flüssig-breiige Stuhlentleerungen im Tag, meist von hellgelber Farbe, saurer Reaktion, mikroskopisch reichlich unverdaute Muskelfasern, Stärke in Kartoffelzellen, jodfärbbare Bakterien verschiedener Formen aufweisend. Nach mehrtägiger Beobachtung wurde Salzsäurekohle nach jeder Mahlzeit in einer Dosis von einem gehäuften Kaffeelöffel in einem halben Glase Wasser aufgeschwemmt dargereicht. Die Tierkohle war mit Salzsäure gesättigt, d. i. ca. 10 Proz. Chlorwasserstoff enthaltend. Die Patienten vertrugen das Mittel ausnahmslos ohne Beschwerden und nahmen es ohne Widerstreben. Meist schon nach 2 tägiger Darreichung wurden die Stühle konsistenter und weniger frequent. Bei Fällen, die nicht mit Dickdarmkatarrh kompliziert waren, verschwanden nach mehrtägiger Behandlung Krankheitssymptome, wie Kollern im Leibe, kolikartige Schmerzen, Flatulenz, die Stuhlgänge wurden der Zahl, Konsistenz und Beschaffenheit nach normal. Die Fälle, die mit Dickdarmkatarrh kompliziert waren, hatten noch 2—3 breiige Stuhlentleerungen, welche eine mehr oder weniger hochgradige Schleimbeimengung aufwiesen. Hier war es außerdem notwendig, den Dickdarmkatarrh zu behandeln. Hierfür erwiesen sich hohe Einläufe mit aufgeschwemmter Tierkohle als nützlich, in späteren Stadien abwechselnd mit Einläufen von 0,2 proz. Tanninlösung. Auf diese Art gelang es bei einer Anzahl von Fällen, alle Krankheitserscheinungen zu beseitigen. Andere Fälle machten allerdings noch weiterhin eine gewisse Vorsicht in der Kost sowie andauernde Darreichung von Salzsäurekohle erforderlich.

Dr. **Ferdinand Traeger**, gewes. Externarzt d. 2. deutschen Klinik in Prag: **Ueber eine neue Methode der Blatternbehandlung.** (Die Therapie der Gegenwart, Mai 1915.)

Verf. hatte Gelegenheit, eine kleine Blatternepidemie zu beobachten. Eine Kranke, welche im Stadium suppurationis am zweiten Tag ins Krankenhaus gebracht wurde, brachte Verf. auf den Gedanken, ob man nicht die bekannte Mischung Alcohol rectificatus und essigsaure Tonerde verwenden könnte. Er hatte mit dieser Mischung seit Jahren schon manchen schönen Erfolg erzielt und dachte sich, wenn unter Umschlägen mit dieser Mischung Abszesse und entzündete Lymphdrüsen von Haselnußgröße unter einer dicken Haut zum Schwinden gebracht werden können, so müßten doch auch die Effloreszenzen der Variola, die ja nur von einer ganz dünnen Epidermis bedeckt sind, erst recht gut beeinflußbar sein. Er ordnete nun erst Umschläge mit Alcohol rectificatus 1000 und essigsaurer Tonerde 50 an, mit welcher Lösung Watte befeuchtet, über die Stirn gelegt und mit Billrothbatist bedeckt wurde. Er ließ außerdem die Brust, die Bauchhaut und den Rücken durch drei Stunden mit diesen Umschlägen abwechselnd behandeln, und schon am nächsten Tage bemerkte er ein besonders gutes Wohlbefinden der Frau mit Nachlaß des Fiebers. Am zweiten Tag verloren die Blasen ihren Glanz, am dritten Tage zeigte sich deutliche Schrumpfung, am vierten Tage waren schon viele Effloreszenzen verschwunden. Im Verlaufe der nächsten Tage war von den ursprünglich vollständig ausgebildeten Blattern nichts mehr zu sehen als ein livid gefärbter Fleck; es hatten sich nicht einmal Borken gebildet. Verf. hatte dann noch Gelegenheit, diese Methode bei 14 Kindern anzuwenden. Auch hier zeigte sich ein glänzender Erfolg. Die Kinder, die schon

teilweise bis 39,5 fieberten, verloren ihr Fieber im Verlauf von zwei Tagen, die Effloreszenzen bildeten sich genau, wie oben geschildert, in rascher Zeit zurück, ohne in den meisten Fällen zur Narbenbildung zu führen. Besondere Hervorhebung verdient auch der Umstand, daß der Umschlag eine schmerz- und juckstillende Wirkung ausübte.

San.-Rat Dr. **Berkenbusch** (Altenwald): **Die Behandlung der Furunkel und anderer eitriger Hauterkrankungen mit Salizylsäure.** (Therap. Monatshefte, Oktober 1915.)

Nach Verfassers Erfahrungen besitzt die Salizylsäure eine spezifische mikrokokkentötende Kraft. Bei der Behandlung von Furunkeln, Karbunkeln, Ekzem, Impetigo, Phlegmonen, Angina follicularis konnte Verf. sie immer wieder feststellen. Als antiseptisches Mittel ist die Salizylsäure nach Verfassers Ansicht mit Unrecht in den Hintergrund gedrängt worden. Der Salizylsäure und ihren konzentrierten Lösungen (z. B. in Alkohol) wird eine ätzende Wirkung zugeschrieben. Sie besteht aber nur in einer Erweichung der oberflächlichen, besonders der verhornten Plattenepithelien. Eine Verätzung der tieferliegenden Gewebsschichten, z. B. auch der Wundgranulationen, findet nicht statt. Als hornauflösendes Mittel hat sie bereits Unna empfohlen. Jedes Hühneraugenmittel wirkt durch den Gehalt an Salizylsäure. Besonders bewährt hat sich Verf. die Salizylsäure in Form einer 10 proz. Salbe (Vaselin, Ung. molle) bei der Behandlung von Furunkeln und Karbunkeln. Hier kommen die hornauflösende und die kokkentötende Eigenschaft zugleich zur Geltung. Der Furunkel stellt eine durch Eiterkokken erzeugte Entzündung des Haarbalges und seiner Umgebung dar. Werden durch Ausbreitung der Entzündung in der Tiefe mehrere Haarbälge in Mitleidenschaft gezogen, so sprechen wir von Karbunkel. Man kann zuweilen ganz im Beginn der Entwicklung des Furunkels eine weitere Ausbreitung der Entzündung dadurch verhüten, daß man das in dem infizierten Haarbalg befindliche Haar mit der Zilienpinzette herauszieht. Es entleert sich dann aus der Mündung des Haarbalges ein kleines Eitertröpfchen; mit seiner Beseitigung hört die Entzündung auf. Gewöhnlich bekommt man aber schon stärker entwickelte Furunkel zur Beobachtung. Die Mündung des Haarbalges ist durch einen festen Schorf verschlossen, der den Austritt des Eiters nicht gestattet und die Ausbreitung der Entzündung in der Tiefe der Haut begünstigt. Das Haar ist meist schon ausgefallen. Legt man in diesem Stadium ein dick mit 10 proz. Salizylsalbe bestrichenes Läppchen auf und befestigt es mit Leukoplaststreifen, so erweicht der Schorf; der Eiter bekommt freien Abfluß. Dazu macht sich nun auch die kokkentötende Wirkung der Salizylsäure geltend, indem der die gesunde Haut berührende Eiter durch die Salbe, welche sich über die Hautoberfläche verteilt, desinfiziert und damit die Bildung neuer Furunkel verhindert wird. Der Salizylsäureverband wird täglich einmal erneuert, bis sich der bekannte nekrotische Pfropf, der sich unter der Einwirkung der Salizylsäure auch viel leichter als sonst löst, leicht mit der Pinzette oder auf gelinden Seitendruck entfernen läßt. Auch bei anderen eitrigen Hauterkrankungen, Ekzemen, Impetigo usw. hat Verf. die Behandlung mit 10 proz. Salizylsäure bewährt gefunden.

Dr. **Dössekker** (Bern): **Die Röntgenstrahlen-Behandlung der Acne vulgaris.** (Therap. Monatshefte, August 1915.)

Die Röntgenbehandlung der Acne vulgaris ist eine sehr wirksame Therapie dieses Leidens. Sie ist zu wenig geübt, und daher gibt Verf. eine Darstellung der Röntgentherapie der Akne, wie sie sich in der Klinik Prof. Jadassohns im Laufe der Zeit herausgebildet hat. Sie gestaltet sich folgendermaßen: Verwendet wird schon seit längerer Zeit ausschließlich schwach, durch 0,3 bis 0,5 mm Aluminiumblech, filtrierte Strahlung, da diese sich im Vergleich mit der früher verwendeten unfiltrierten ebenso wirksam, wenn nicht wirksamer erwiesen hat, ohne den Nachteil zu haben, daß die ganz weichen Strahlen, kurz nach den Sitzungen ein bis mehrere Tage dauernde, unangenehm entstellende und Brennen und Jucken erzeugende Rötungen der Gesichtshaut bedingen. Die Art der Bestrahlung ist eine offene, für das Gesicht vierstellige Totalbestrahlung. Die Fußpunkte der Röhrenstellungen werden in der Mittellinie der Stirn, nahe der Haargrenze, je seitlich über der hinteren Partie der Jochbogen und über dem Kinn gewählt. Auf diese Punkte wird die Röhre mit dem Richtungsstrahl senkrecht auf die zu bestrahlende Hautfläche eingestellt. Die Einzeldose wird ziemlich allgemein zu 3 bezw. 3½ bis 4 X je nach Filterdicke (0,3 bezw. 0,5 mm Aluminium) gewählt, so daß eine Totaldosis der Gesamtgesichtsfläche von ungefähr 4—5 X resultiert. Die Röhrenhärte beträgt 9—10 Wehnelt. Als Röhrentypus wurden ausschließlich die Zentraltherapieröhren von Burger mit einer Fokus-Glaswanddistanz von 5½ cm gewählt, so daß die Hautfokusdistanz genau 15 cm mißt. Die Bestrahlung wurde stets mit gut (mittels Sabouraud-Noiré-Tabletten) ausdosierten, sehr konstant laufenden Röhren nach der von Schmidt empfohlenen Zeitdosierungsmethode vorgenommen, d. h. eine der gewünschten Dosis entsprechende Teilzeit der Erythemdosis beleuchtet. Die Behandlung vollzog sich in Serien, und zwar wurde die einzelne Bestrahlungsserie so gestaltet, daß die zweite Bestrahlung 8—10 Tage nach der ersten, und die dritte 10—14 Tage nach der zweiten erfolgte, also 3 Sitzungen innerhalb von 3 Wochen. Nach diesen 3 Bestrahlungen (alle gleich in bezug auf Dosis, Strahlenhärte und Filtration) wurde stets eine Pause von einem Monat eingeschoben, um dann je nach dem erzielten Erfolge eventuell dieselbe Sitzungsserie zu wiederholen. Was den Erfolg betrifft, so ist die allgemeine Erfahrung die, daß nach der ersten Serie meist eine wesentliche Besserung, in therapeutisch günstigen Fällen bereits ein Freisein von Effloreszenzen zu konstatieren war. Rückfälle wurden noch nach ½ jähriger anscheinender Heilung beobachtet. In der Jadassohnschen Klinik hat man deshalb in letzter Zeit auch bei völligem Freisein mit großen Zwischenräumen (6—8—12 Wochen) Einzelbestrahlungen der angegebenen Art folgen lassen mit anscheinend vollbefriedigendem Resultat. Kr.

III. Feuilleton

Die Therapie der Keilschriftmedizin.

(Fortsetzung.)

Von

Felix Reinhard, Arzt (z. Z. in Wahn, Rhld.).

D. Spezielle Pathologie und Therapie.

Abgesehen von diesem mystischem Einschlag zeigt die Keilschriftmedizin doch schon in manchen der uns zugänglich gemachten Stücken das Streben, sich bei ihren Verordnungen von rationellen Erwägungen leiten zu lassen. Die nachfolgende wörtliche Wiedergabe einiger Stellen aus den von Küchler übersetzten Texten wird davon und überhaupt von der Darstellungsweise der medizinischen Keilschriftliteratur ein Beispiel geben. Die Stellen befassen sich, wie der größte Teil des ganzen Küchlerschen Textes, mit Magen- und Darmaffektionen.

Gegen allerlei Magen- und Darmerkrankungen, namentlich Kolik, Leibschmerz usw., werden zum **inneren Gebrauch** angeführt: Glycyrrhizawurzel, Hundszungenwurzel, Fenchel, Schwarzkümmel, Rübsamenmehl, Dattelschrot und -Saft, Kasu-Saft.

Gegen Erbrechen wird eine Oelmischung angegeben, und speziell gegen Gelbsucht von Pflanzendrogen:

Zypresse, Zypressenzapfen und -Samen, Tamariskensamen, Myrrhe, Hundszunge und Hundszungenwurzel,

außerdem gegen Gelbsucht von mineralischen Stoffen:

Salz, Lehm vom Staub des Berggesteins.

Diese Verordnungen lauten in wörtlicher Wiedergabe folgendermaßen:

a) Gegen Darmkolik:

1. „Glycyrrhizawurzel in Wasser zu trinken";
2. „Glycyrrhizawurzel,
   Hundszungenwurzel,
   (andere, noch nicht identifizierte Wurzeln), in Wasser oder Rauschtrank gemischt, zu trinken";
3. „Schwarzkümmel in Rauschtrank zu trinken";
4. „Rübsamenmehl,
   Dattelschrot, zerrieben, gemischt, in Rauschtrank zu nehmen".

b) „Wenn ein Mensch an Leibschneiden krankt, sein Inneres keine Speisen annimmt, sondern ausbricht, ein Wind in seinem After sich umtreibt, sein Inneres öffnet sich", so wird ihm verordnet:

5. „Dattelsaft ½ K A (Gewichtsbezeichnung),
   Kasu-Saft ½ K A,
   Oel,
   Weinwasser,
   geläutertes Oel 3 Seckel,
   Fenchel 10 Seckel,
   Honig 2 Seckel, zerreiben, in ein Gefäß tun, morgens trinken".

c) Gegen Erbrechen:

6. „Verschiedene Oelsorten, in Wasser gemischt, einnehmen".

d) Gegen Gelbsucht.

7. „Zypresse,
   Zypressenzapfen,
   Myrrhe, zerrieben, in Rauschtrank oder Milch zu nehmen";
8. „Tamariskensamen zerrieben in Rauschtrank zu nehmen";

9. „Hundszungenwurzel in Rauschtrank zu nehmen“;
10. „Myrrhen,
Zypressensamen,
Lehm vom Staub des Berggesteins,
in Oel und Rauschtrank zu trinken“;
11. „Getrocknete Hundszunge gebacken mit Rauschtrank anfeuchten und einnehmen“;
12. „Fünf Körner Salz zerrieben in Oel oder Rauschtrank einnehmen“.

Als Kuriosum sei noch angeführt, daß auch gegen Alkoholvergiftung, nach der Schilderung anscheinend gegen echten akuten Rausch, nicht gegen chronischen Alkoholismus oder gegen „Katzenjammer“, Mittel empfohlen wurden. Zum Beispiel:

„Wenn ein Mensch Rauschtrank getrunken hat, und seine Beine schwanken .....“ soll er verschiedene nicht zu identifizierende Samen und Tamariskensamen in Wein einnehmen.

An anderer Stelle heißt es:

„Wenn ein Mensch Rauschtrank getrunken hat, und sein Kopf ihm gepackt ist, er seine Worte vergißt, während seines Redens sie auswischt, seinen Verstand nicht festhält, die Augen starr sind ....“ soll er einen bestimmten, ebenfalls nicht zu identifizierenden, Trank vor dem Herankommen des Gula-Sternes einnehmen, ehe die Sonne aufgeht, und ehe ihn jemand geküßt hat.

Die letzteren Bestimmungen machen es allerdings wegen ihrer zeitlichen Spezifizierungen zweifelhaft, ob dieses Mittel nicht etwa doch gegen chronischen Alkoholismus dienen sollte.

In den zum **äußeren Gebrauch** gegen Darmleiden verordneten Rezepten finden sich

von Pflanzenprodukten: Zypresse, Zeder, Juniperus oxycedrus, Weidenbaumsamen, Kalmus, Myrte, außerdem Rauschtrank und natürlich Oel;

von tierischen Produkten der Honig.

Die einzelnen Rezepte lauten:

a) Gegen Kolik:

1. „Zypresse,
Weidenbaumsamen,
(und andere Pflanzen), zermahlen, gemischt, auf Leder gestrichen auf den Leib legen“.

Dies Mittel ist also ein Pflaster, das auf den Unterleib aufgelegt wurde.

b) Gegen Leibschmerzen:

2. „Cedros Libani,
Zypresse,
Kalmus,
Juniperus oxycedrus,
Myrte, zerreiben, in Rauschtrank kochen, durchseihen; dazu fügen:
Honig und
geläutertes Oel; abkühlen, dann die Flüssigkeit auf den Leib streichen und als Klysma in den After eingießen“.

Diese Flüssigkeit fand also doppelte Verwendung, als Einreibung und als Klistier; sie ist auch bemerkenswert wegen der vielen medikamentösen Bestandteile.

Daß auch gegen Hartleibigkeit bereits Klistiere in Gebrauch waren, erfahren wir aus einem anderen (nicht Küchlerschen) Texte, in welchem eine Hofdame beim König brieflich anfragen läßt, ob sie sich einen Arzt kommen lassen dürfe, damit dieser ihr gegen ihre Obstipation ein Klistier setze.

Salben, Pasten und Fettschminken fanden auch mannigfach als hygienische Präservativmittel und Cosmetica Anwendung.

Schließlich sei noch eine therapeutische, oder vielleicht auch kosmetische Prozedur, die Füße betreffend, aus dem Konstantinopeler Keilschrifttext erwähnt: Nach Einwirkung eines Pflanzenabsudes, wahrscheinlich in Form eines Fußbades, folgte noch eine Einreibung der Füße mit Oel.

(Schluß folgt.)

IV. Tagesgeschichte

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Der Generalstabsarzt des Heeres Prof. Dr. v. Schjerning wurde von der Deutschen orthopädischen Gesellschaft zum Ehrenmitgliede ernannt.

— Dem Geh. Medizinalrat Prof. Dr. His, Direktor der I. medizinischen Klinik, der gegenwärtig als beratender Internist des Heeres im Osten steht, ist das **Eiserne Kreuz I. Klasse** verliehen worden.

— Bei dem **Medizinalamt der Stadt Berlin** ist die neugeschaffene Stelle eines Abteilungsvorstehers für soziale Hygiene dem Prof. Dr. Alfred Grotjahn übertragen worden, der bisher eine analoge Stellung am hygienischen Universitätsinstitut bekleidete.

— Der außerordentliche Professor der Neurologie und Psychiatrie Dr. Max Koeppen ist im 57. Lebensjahre gestorben. Schüler von Jolly, hatte er sich unter diesem 1889 in Straßburg habilitiert und war mit ihm 1890 nach Berlin übergesiedelt. Seit 1896 war er außerordentlicher Professor. Als Oberarzt an der Nervenklinik der Charitee leitete er gleichzeitig das Laboratorium für Gehirnanatomie. Koeppens wissenschaftliche Arbeiten fallen teils in das Gebiet der normalen und pathologischen Anatomie des Gehirns, teils gehören sie der klinischen Psychiatrie an.

— Dr. Paul Schaefer hat sich für Frauenheilkunde habilitiert.

Königsberg. Dr. Max Kastan hat sich für Psychiatrie und Neurologie habilitiert.

Kiel. Den Privatdozenten Dr. Heinr. Zoeppritz (Chirurgie) und Dr. Hans Meyer (Röntgenologie und Lichttherapie) ist der Professortitel verliehen worden.

Marburg. Der ordentliche Professor der Physiologie Dr. Friedrich Schenck ist im Alter von 53 Jahren gestorben. Als Physiologe war er zunächst Schüler von Pflueger, als dessen Assistent er sich 1889 in Bonn habilitierte. Bereits im folgenden Jahre siedelte er nach Würzburg über, um als Assistent und Privatdozent unter A. Fick tätig zu sein. 1899 wurde er zum außerordentlichen Professor ernannt. 1901 erfolgte seine Berufung als Ordinarius nach Marburg. Als Forscher hat der Verstorbene vornehmlich die Gebiete der physiologischen Chemie, der physiologischen Optik und die Muskelphysiologie gefördert. Außerdem verdankt man ihm das „Physiologische Praktikum“ und einen „Leitfaden der Physiologie“.

Lemberg. Dr. Miecislaus Konopacki hat sich für Embryologie habilitiert.

Zürich. Dr. J. Staehli hat sich für Augenheilkunde habilitiert.

Bern. Dr. Ryser hat sich für innere Medizin habilitiert.

Paris. Frl. Joteyko, bisher Leiterin des Laboratoriums für Psychophysiologie in Brüssel, ist auf den physiologischen Lehrstuhl am Collège de France berufen worden.

Verschiedenes.

Mainz. Für den Befehlsbereich der Festung Mainz ist unter dem 1. Februar eine **Verordnung des Gouverneurs** ergangen, welche verbietet: 1. Die Behandlung von Geschlechtskrankheiten durch nicht approbierte Personen. 2. Das Anbieten und die Abgabe von Heilmitteln, die für die Behandlung von Geschlechtskrankheiten bestimmt sind, ohne ärztliche Verordnung. 3. Die Aufnahme von Anzeigen, in denen a) sich Personen zur Behandlung von nervösen oder Gemütsleiden, sowie von Krankheiten oder Leiden anbieten, die als Geschlechtskrankheiten bekannt sind, einschließlich ihrer Folgezustände; b) Gegenstände oder Behandlungsmaßnahmen angepriesen werden, welche zur Linderung oder Heilung solcher Krankheiten dienen sollen. Die Anordnung unter 3 erstreckt sich nicht auf die Anzeigen approbierter Personen.

Marienbad. Im **ärztlichen Erholungsheim** in Marienbad, „Aerzteheim“, gelangen für die Monate Mai bis September 1916 65 Plätze — je 13 im Monat — an Aerzte der österreichisch-ungarischen Monarchie und des Deutschen Reiches zur Vergebung; damit ist verbunden: Aufnahme im Aerzteheim bis zu einem Monate gegen Entrichtung eines geringen Erhaltungsbeitrages, Befreiung von der Kur- und Musiktaxe, freie Bäderbenutzung, Preisermäßigung in Restaurationen und im Theater u. a. m. Bewerber (nur Aerzte) um die Plätze wollen ihre Gesuche mit Angabe des Monats, in welchem sie den Platz benutzen wollen, bis zum 30. März l. J. an den Vorstand richten. Mitglieder des Vereins (mindestens 5 Kronen Vereinsbeitrag) haben nach § 8 der Statuten den Vorrang bei der Vergebung der Plätze. Frauen von Aerzten finden nur in Begleitung und zur Pflege ihrer Ehegatten Aufnahme. Insbesondere sollen jene Aerzte Berücksichtigung finden, die an den Folgen ihrer Tätigkeit im gegenwärtigen Kriege leiden und nach Kriegsverletzungen, rheumatischen Erkrankungen, Herzaffektionen u. a. Moorbäder oder Kohlensäurebäder und dergleichen gebrauchen sollen.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: San.-Rat Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil S. Caspari, Berlin-Schöneberg
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW. 68, Alexandrinenstraße 110.

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Steinplatz 105 56

85. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Referate.

Innere Medizin.

Dr. J. **Cohn: Ueber nervöse Retentio urinae.** (Berl. klin. Wochenschr., 1915, No. 9.)

Für die größte Mehrzahl der Fälle von Harnretention pflegen wir bei sorgfältiger Untersuchung eine Ursache zu finden. Meistens sind es mechanische Hindernisse, die zur Retentio führen, Hindernisse, die ihren Sitz innerhalb und außerhalb der Blase haben können. Steine, Polypen, Fremdkörper können innerhalb der Blase einen Verschluß des Sphinkters verursachen. Akute wie chronische Erkrankungen der Harnröhre und der Prostata bilden bei Männern die häufigste Ursache der Retentio; besonders ist es im Alter die Prostatahypertrophie. Die Retentio urinae kann ferner bedingt sein durch eine Erkrankung des Muskelapparates der Blase. Da handelt es sich meistens um eine Degeneration des Detrusormuskels. Ein drittes ätiologisches Moment für die Harnretention sind Erkrankungen des Nervenapparates. Es ist bekannt, daß die organischen Veränderungen des Zentralnervensystems mit Störungen der Blasenfunktion und besonders auch mit Harnverhaltungen einhergehen können. Haben wir so für viele Fälle eine anatomische Veränderung, die uns eine Erklärung für die Harnverhaltung abgibt, so bleiben doch immer viele Fälle übrig, bei denen trotz der sorgfältigsten Untersuchung irgendeine anatomische Grundlage nicht aufzufinden ist. Wir sind gewöhnt, in solchen Fällen von Neurasthenie und Hysterie zu sprechen. Mit dieser Diagnose kann man nicht vorsichtig genug sein. Durch die Ausbildung und Verfeinerung unserer Untersuchungsmethoden, wie Cystoskopie, Radiographie usw., sind unstreitig viele Erkrankungen, welche früher mit dem Namen Blasenneurose belegt wurden, als die Folge irgendeiner anatomischen Veränderung erkannt worden. Es wäre aber falsch, nun zu glauben, daß nervöse Harnretentionen überhaupt nicht vorkommen. Wir können nur behaupten, daß das nicht so häufig der Fall ist, wie früher angenommen wurde. Niemand wird z. B. bezweifeln, daß bei Frauen Retentionen auf hysterischer Basis bestehen. Solche nervöse Retentionen kommen aber auch — allerdings selten — bei Männern vor, und es scheint Verf. für die Frage, ob eine Retentio als eine organische oder nervöse gedeutet werden könne, eine Untersuchungsmethode bisher nicht genügend gewürdigt zu sein — das ist die Manometrie. Mit Hilfe derselben sind wir in der Lage, den Innendruck der Blase zu messen, der bei den verschiedensten Patienten fast immer ein verschiedener ist, aber bei gewissen Erkrankungen doch bestimmte Eigentümlichkeiten aufweist. Die Beobachtung, daß bei Harnverhaltungen, die wir bis jetzt als nervöse bezeichnet hatten, die Manometrie einen geringen Blasendruck aufweist, wurde in drei vom Verf. beschriebenen Fällen bestätigt gefunden. In allen drei Fällen haben wir eine Harnverhaltung bei Männern, die nicht anders gedeutet werden kann als eine auf rein nervöser Basis ohne organische Erkrankung beruhende. Nur drei positive Symptome waren in allen drei Fällen gleichmäßig vorhanden: 1. eine ausgeprägte Balkenblase, 2. erhöhte Patellarreflexe und 3. ein verminderter Blaseninnendruck. Was die Balkenblase betrifft, so wies schon Nitze darauf hin, daß eine beträchtliche Hypertrophie des Detrusor und Bildung einer Balkenblase in einer Reihe von Fällen entsteht, in denen kein Hindernis für die Harnentleerung vorliegt, sondern der Blasenmuskel geschwächt oder gelähmt und der Aufgabe, den Harn durch die normale Urethra zu entleeren, nicht gewachsen ist. Namentlich in Fällen von Tabes dorsalis werden oft schön entwickelte Balkenblasen gefunden, die den ausgeprägten Befunden bei Prostatahypertrophie gleichen, ebenso bei anderen Zentralleiden, die mit Blasenschwäche resp. Blasenlähmung verbunden sind. Auch andere Autoren haben vielfach auf den Befund von Balkenblasen bei nervösen Blasenerkrankungen hingewiesen. Aber einen Unterschied zwischen Balkenblasen bei nervösen Leiden und Blasen mit Urethral- oder Prostatahindernissen, wie ihn Thomson Walker beschreibt, hat Verf. niemals gefunden. Eine Balkenblase ist eben nur ein Zeichen, daß der Detrusormuskel eine größere Arbeit als normalerweise hat leisten müssen, weshalb wir sie sowohl bei mechanischen Hindernissen, bei denen die Muskulatur lange Zeit arbeiten muß, das Hindernis zu überwinden, als auch bei nervösen Leiden mit oder ohne organische Veränderung vorfinden. Verf. kann daher keine Form von Balkenblase als typisch für Retentionen ohne jegliche Ursache ansehen. Dasselbe gilt von den erhöhten Patellarreflexen. Sie kommen bei so vielen Erkrankungen vor, daß es unmöglich ist, dieses Symptom als spezifisch für die nervöse Retentio zu halten. Dagegen ist der geringe intravesikale Druck, festgestellt durch die Manometrie, geeignet, die Diagnose Retentio urinae ohne organische Ursache zu sichern.

Otto Schlesinger (Berlin): **Einiges über den Zusammenhang von Klima und Tuberkulose.** (Berl. klin. Wochenschr., 1915, No. 44.)

Dem Einfluß des Klimas auf die Tuberkulose hat man naturgemäß erst dann wissenschaftliche Beachtung geschenkt, als man erkannt hatte, daß die tuberkulöse Infektion von einer Disposition abhängig ist, die nicht für alle Völker und alle Individuen konstant ist. Heute bestreitet niemand mehr, daß es eine Disposition zur Tuberkulose gibt. Einst freilich, nachdem Koch den Tuberkelbacillus entdeckt hatte, glaubte man, daß die bloße Infektion mit den Bazillen genüge, um eine Tuberkulose hervorzurufen, und vertrat damals den Standpunkt: „Wo Bazillen, da Infektion". Da war man davon überzeugt, daß ein einziger unglücklicher Atemzug bereits Infektion und Erkrankung zur Folge haben müsse. Das Problem des Zusammenhanges von Klima und Tuberkulose hat die widersprechendsten Resultate gezeitigt. Verfassers Arbeit soll nicht ein neues Moment in die Diskussion einreihen,

sondern will ein System ausarbeiten, nach welchem die fast unübersehbare Literatur über den Einfluß des Klimas auf die Tuberkulose zu einer endgültigen Lösung der Frage zusammengestellt werden kann. Das Klima besteht aus einer Anzahl Faktoren. Nun lebt ja jeder Mensch nicht unter dem Einfluß eines einzelnen klimatischen Faktors, sondern unter der Summe der Faktoren, welche zusammen eben sein Klima ausmachen. Das darf man nie vergessen, wenn man den Einfluß eines klimatischen Faktors auf die Tuberkulose zu ergründen sucht. Verf. lag hauptsächlich daran, zu zeigen, daß die Zahl der klimatischen Faktoren Legion ist. Sie alle sind aber meßbar. Zum größten Teil sind sie bereits genauer bestimmt, zum Teil bedarf es erst noch eingehenderer Arbeiten. Ist die meteorologische Seite der Frage erledigt, so handelt es sich nur darum, die Beziehungen jedes einzelnen klimatischen Faktors zur Tuberkulose zu suchen. Schon auf den ersten Blick erkennt man die große Schwierigkeit dieser Untersuchung. Denn niemals wirkt ein Faktor allein. Wir wissen aber, daß auch zahlreiche Unbekannte ergründet werden können, wenn wir nur eine genügende Anzahl Gleichungen zu unserer Verfügung haben. Dies ist bei vorliegender Aufgabe tatsächlich der Fall. Nachdem die Wirkung der einzelnen klimatischen Faktoren erforscht ist, muß die Wirkung eines jeden Klimas auf die Tuberkulose betrachtet werden. Bei der Betrachtung der klimatischen Einflüsse auf die Tuberkulose sind alle anderen Einflüsse (Beruf, soziale Stellung usw.) auszuschalten. Kr.

Dr. J. **Trinchese** (Berlin): **Infektions- und Immunitätsgesetze bei materner und fötaler Lues.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1915, No. 19.)

Verf. kommt auf Grund fremder und eigener Beobachtungen zu folgenden Ergebnissen: I. Das Collessche Gesetz ist hinfällig, d. h. eine Immunisierung der Mutter vom Fötus aus im Sinne des Gesetzes ist unmöglich, weil 1. eine paterne Uebertragung der Lues nicht vorkommt, 2. der Fötus keine immunisierenden Stoffe erzeugt. II. Das Profetasche Gesetz ist hinfällig, das heißt, eine Immunisierung des Fötus von der Mutter aus im Sinne des Gesetzes kommt nicht vor, weil die Plazentarwand für die Reaktionsstoffe des mütterlichen Organismus nicht durchlässig ist. III. Je früher der Fötus infiziert wird, um so rascher verläuft die Syphilis nach Art einer Sepsis, die innerhalb 6 Wochen zum Tode des Fötus führt. IV. Bis gegen den achten Monat hin bildet der Fötus keine Reagine, d. h. sein Blut reagiert negativ nach Wassermann, trotz positiver Reaktion der Mutter und massenhafter Spirochätenansammlung in allen seinen Geweben. V. In den letzten Monaten der Schwangerschaft fängt der Fötus an, sich gegen das Syphilisgift zur Wehr zu setzen, schwache und inkonstante Reagine zu bilden, d. h. positiv nach Wassermann zu reagieren. VI. Erfolgt die Infektion des Kindes in der letzten Woche vor der Geburt, so können sowohl klinische syphilitische Symptome vollkommen fehlen, als auch die Wassermannsche Reaktion negativ sein, da die Inkubationszeit für beide Erscheinungen noch zu kurz ist. Das sind die früher als immun betrachteten Kinder, sie geben das Material zu den „spätsyphilitischen" Kindern ab. VII. Wenn es auch vorkommt, daß latent luetische, vielleicht sogar florid luetische Mütter gesunde Kinder gebären, so ist weder das Fehlen luetischer Erscheinungen, noch eine negative Wassermannsche Reaktion bei der Geburt ein sicherer Beweis dafür, daß das Kind tatsächlich gesund ist. VIII. Es ergeben sich bei der Geburt eines Kindes einer syphilitischen Mutter folgende Möglichkeiten: 1. das Kind ist klinisch syphilisfrei und hat negative Wassermannsche Reaktion, 2. das Kind ist klinisch syphilisfrei und hat positive Wassermannsche Reaktion, 3. das Kind hat klinisch Syphilis und positive Wassermannsche Reaktion, 4. das Kind hat klinisch Syphilis und negative Wassermannsche Reaktion. — In der angegebenen Reihenfolge werden diese Möglichkeiten für die Prognose des Lebens des Kindes immer ungünstiger, so daß die vierte Möglichkeit meistens den Tod des Kindes bedeutet. R. L.

Chirurgie.

Dr. **Ferdinand Fuchs** (Breslau): **Beitrag zur Behandlung des Ulcus venereum.** (Berl. klin. Wochenschr., 1915, No. 47.)

Verf. versuchte anfangs, das Ulcus venereum mit der Schere im gesunden Gewebe zu exstirpieren und die Schnittränder zu vernähen. Leider gelang ihm niemals eine prima reunio, da die Schnittränder schankrös wurden. In letzter Zeit hat er jedoch ein Verfahren zur Anwendung gebracht, das sich ihm bisher in 8 Fällen glänzend bewährt hat. Er nahm einen ziemlich starken Flachbrenner, wie ihn die Laryngologen gebrauchen, brachte ihn zur Rotglut und hielt ihn wie ein Messer zum Schneiden bereit. Dann wurde das Ulcus, das mit Umgebung jodiert war, mit einer Pinzette gefaßt, und durch einen Ovalärschnitt weit im Gesunden herausgeschnitten. Die Schnittränder wurden sofort durch Seidennähte vereinigt und mit Vioformfirnis bestrichen. Die Größe des Ulcus bedingte natürlich eine verschiedene Zahl von Nähten; Verf. legte 3 bis 6 an. Der Patent bekam ein Teufelsches Suspensorium, in dessen Klappe der Penis horizontal lag, um dadurch ein Oedem zu verhüten. Nach einer Woche entfernte Verf. die Nähte, und die Wunde war per primam geheilt.

Regimentsarzt Dr. **Hugo Selze**, Kommandant d. Feldspitals 5/5: **Drahtschiene zur raschen Extensions-Immobilisierung komplizierter Ober- und Vorderarmbrüche.** (Der Militärarzt, 1915, No. 28.)

Die Schiene wird aus einem Stück 7 mm dicken, 2 m langen Drahtes zurechtgebogen. Der Draht läuft in 10 cm Breite parallel, ist oben auf 16 cm Länge stumpfwinklig und unten auf 35 cm Länge rechtwinklig abgebogen, überdies das rechtwinklig abgebogene Stück durch zwei 1 cm breite Eisenblechstreifen versteift. Damit das obere stumpfwinklig abgebogene Stück sich der Schulter besser anpaßt, wird die Drahtübergangsstelle mäßig nach aufwärts gebogen. Der senkrechte Teil ist 44 cm lang. Bei Oberarmbrüchen wird der obere, stumpfwinklig abgebogene Schulterteil, sowie der untere, rechtwinklig abgebogene Armteil der Schiene an der Konkavität mit Watte etwas gepolstert. Der Vorderarm wird mit der Handfläche nach oben durch Bindentouren an den Vorderarmteil fixiert. Nun wird der gepolsterte Schulterteil der Schiene durch Achtertouren gegen die Schulter gepreßt. Da der senkrechte Teil der Schiene länger ist als der Oberarm, bewirkt man eine je nach Bedarf mehr oder weniger kräftige Extension. Der offene, gebrochene Oberarm steht nun geradlinig frei zwischen den senkrecht verlaufenden Drähten der Schiene. Der Verwundete hat jetzt gar keine Schmerzen mehr und die Wunde kann besonders verbunden werden. Will man die Extension geringer haben, so muß man dicker polstern. Es empfiehlt sich auch, beide Achselhöhlen etwas zu wattieren. Bei Vorderarmbrüchen wird der Schulterteil und der Oberarmteil frei gelassen und bloß das Ende der Schiene gepolstert, wo der Handrücken zu liegen kommt. Schulter und Oberarmteil werden durch Bindentouren fixiert, dann wird der Vorderarm bei dem Handgelenk gefaßt, extendiert und das Handgelenk mit Bindentouren an der Schiene fixiert. Jetzt liegt der offene, gebrochene Vorderarm frei extendiert zwischen den Drähten und kann für sich behandelt und verbunden werden.

Assistenzarzt Dr. **Viktor Baar**: **Ein Wort über Strohschienen.** (Der Militärarzt, 1915, No. 28.)

Zur zweckentsprechenden feldmäßigen Versorgung von Brüchen der oberen und unteren Extremitäten eignen sich folgende vom Verf. angegebene Strohschienen: Man nimmt die bodenständigen Teile der Kornstrohhalme und legt sie so aneinander, daß die Knoten der Halme in Abständen von zwei Fingerbreiten ein „V" bilden. Dazu bedarf es 10—12 Halme. Diese werden dann am oberen und unteren Ende durch fortlaufende Zwirnschlingen (Baumwollschlingen) miteinander verbunden. Darauf werden sie in eine dünne Schicht Watte eingebettet und mit Gaze umwickelt. Zum Schlusse kann die Gaze an die Watte mit einigen Nahtstichen am Rande der Schiene befestigt werden. Die Strohschiene kann noch durch Einschieben der dünnen, kopfständigen Teile des Halmes, nach Entfernung der Aehre, in die breiteren, grundständigen Teile, oder durch doppelte Lage der grundständigen Teile an Festigkeit gewinnen.

Dr. **Hans Martin**, Arzt am Reservespital No. 3 (Wien): **Zur Behandlung großer Wundhöhlen.** (Medizin. Klinik, 1915, No. 48.)

Verf. beschreibt an der Hand einiger Beispiele eine ganz einfache Behandlungsmethode, durch welche es gelang, fast in allen Fällen die Heilungsdauer großer Wundhöhlen wesentlich zu verringern und dadurch auch die Folgezustände (Muskelatrophie, Kontrakturen usw.) zu mildern. Die Methode besteht darin, die Wundhöhle zunächst von etwaigen Knochen- und Gewebssequestern zu reinigen und sodann ein entsprechend zugeschnittenes, dick mit Vaselin bestrichenes Stück Gaze oder noch besser sterilisierte Leinwand derart einzulegen, daß die Wand der Wundhöhle möglichst an allen Stellen mit der Salbe in Berührung kommt. Der so entstandene Leinwandsack wird nun locker mit Gaze oder steriler Charpie ausgefüllt, über das Ganze ein trockener Verband angelegt. Verbandwechsel anfangs täglich, später bei Abnahme der Sekretion entsprechend seltener. Verf. hat auf diese Weise im abgelaufenen Jahre 18 einschlägige Fälle mit ausgezeichnetem Erfolg behandelt.

Stabsarzt d. R. Dr. **Richard Mühsam**, dirig. Arzt der chir. Abtlg. des Städt. Krankenhauses Moabit (Berlin): **Vorstellung eines Mannes mit Herzschuß.** (Berl. klin. Wochenschr., 1915, No. 47.)

Ein 32 jähriger Wehrmann wurde aus etwa 1000 Meter Entfernung durch ein Infanteriegeschoß in knieender Stellung in dem Augenblick getroffen, als er sich über einen verwunde-

ten Kameraden beugte. Er brach nach der Verwundung zusammen, war nicht imstande, zu gehen und hustete Blut aus. 6 Tage nach der Verwundung fand er Aufnahme im Moabiter Vereinslazarett. Der Befund bei der Aufnahme war folgender: Sehr kräftiger Mann. Einschuß am Rücken über der linken Darmbeinschaufel, verklebt, trocken. Ausschuß ist nicht vorhanden. Bis auf eine schmale Zone leicht gedämpften Schalls in den abhängigen Teilen der linken Brustseite, in denen das Atemgeräusch auch etwas abgeschwächt ist, zeigt der Lungenbefund nichts Krankhaftes. Beim tiefen Atmen werden Schmerzen angegeben. Blut hat er nie mehr ausgehustet. Das Herz bietet sowohl bei der Auskultation, wie auch bei der Perkussion einen durchaus normalen Befund. Puls 84 in der Minute, Temperatur 36,5°. Urin frei von Eiweiß und Zucker. In der nächsten Zeit hielten die Brustschmerzen noch an, ohne jedoch besonders stark zu sein. Auswurf war nicht vorhanden. Jetzt ist der Verwundete beschwerdefrei. Die bald nach dem Eintritt aufgenommene Röntgenplatte ergab die Anwesenheit eines Infanteriegeschosses im unteren Teile der linken Brusthälfte. Es lag hier in den Grenzen des Herzschattens. Bei weiterer Untersuchung zeigte es sich, daß die Kugel mit den Bewegungen des Herzens mitgeht. Sie sitzt an der Herzspitze in einer Schwarte zwischen Herz und Herzbeutel mit der Spitze in der Herzwand. Durch Aufnahme in verschiedenen Durchmessern wurde festgestellt, daß die Kugel nie ganz den Herzschatten verläßt. Besonders wichtig war die Untersuchung in seitlichem Durchmesser, da es sich bei ihr zeigte, daß das Geschoß an der Rückseite des Herzens, also zwischen Herz und Wirbelsäule, saß. Die Lage des Geschosses ist eine schräge, seine Spitze ist gesenkt. Es handelt sich also um einen Herzwandschuß, und es erhebt sich die Frage, ob die Kugel operativ entfernt werden soll oder nicht. Bei den Herzwandschüssen entscheidet ausschließlich das subjektive und objektive Verhalten des Verwundeten die Frage eines Eingriffs. Bestehen schwere Störungen des Kreislaufs oder andere Schädigungen der Herztätigkeit, so ist ein Eingriff angezeigt, sonst nicht. Der Verwundete ist den ganzen Tag auf, geht umher und hat vor kurzem angefangen, in seinem alten Beruf als Schlosser zu arbeiten, ohne irgendwelche Beschwerden zu verspüren.

Privatdozent Dr. **Fritz Heimann**, Oberarzt der Universitäts-Frauenklinik zu Breslau: **Zur Strahlentiefenwirkung**. (Berl. klin. Wochenschr., 1915, No. 47.)

Der Standpunkt der Breslauer Universitäts-Frauenklinik ist der, daß operable Karzinome der Operation zu unterziehen, inoperable mit Röntgen-Mesothorstrahlen zu behandeln sind. Es wird gewöhnlich mit den sogenannten hohen Dosen bestrahlt, d. h. pro Sitzung 50—100 X Röntgenstrahlen. Zum großen Teil reagieren die Karzinome sehr gut darauf, d. h. der Krater verschwindet, epithelialisiert sich, die Parametrien werden weicher, kurz, man kann klinisch von einer außerordentlich günstigen Beeinflussung sprechen. Dagegen gibt es eine Reihe von Fällen, die sich vollkommen refraktär verhalten. Bei diesen Fällen wurden nun die extrem hohen Dosen angewendet, mehrere hundert X in kürzester Zeit auf eine Hautstelle. Leider ist der gewünschte Erfolg ausgeblieben. Es konnte niemals das Elektive der Röntgenstrahlen beobachtet werden, daß hauptsächlich die Karzinomzellen angegriffen wurden, sondern es wurde in gleicher Weise wie diese auch das gesunde Gewebe zerstört, und die Folge waren schwere Schädigungen der Nachbarorgane. Auch in der Breslauer Frauenklinik wurden Dermatitiden der Haut gesehen, jedoch zeigten diese dieselbe torpide Heilungstendenz, wie die anderen Röntgenverbrennungen. Dabei war die Technik die gleiche, die auch von anderer Seite angewendet wurde (Apexapparat, 12 Wehnelt harte Duraröhre, Motorwasserkühlung, 3 mm Aluminium, 20—22 cm Focus-Hautdistanz). Wir haben aber schon, sagt Verf., bei den von uns angewendeten „hohen" Dosierungen öfters sehr üble Nebenerscheinungen gesehen. Temperatursteigerungen bis 39° waren dabei gar nicht selten, Tenesmen, die sich durch nichts bekämpfen ließen, brachten die Patientinnen sehr herunter. Besonders aber ist Verf. aufgefallen, daß bei Kranken, die solch hohe Dosen erhalten, sich auch organische Störungen von seiten des Darmes einstellen, und sich als mehr oder minder bedeutende Strikturen manifestieren. Sicher ist, daß alle diese Beschwerden sich um so eher einstellen, je höher die Dosis ist, in je kürzerer Zeit diese kräftige Strahlung gegeben wird. Und hierbei spielen sicherlich die Röntgenstrahlen dieselbe Rolle wie die radioaktiven Substanzen. Es wurden beide Methoden gesondert angewendet, und konnten sowohl bei dieser wie bei jener Anwendung jene Symptome beobachtet werden. Verf. ist der Ansicht, daß wir diese extrem hohe Dosierung gar nicht notwendig haben, da wir auch mit niederen auskommen. Es steht heute allgemein fest, daß es sicher Fälle gibt, die sich eben nicht beeinflussen lassen, wo die Zellen auf die Strahlung nicht reagieren, und Verf. hat die Erfahrung gemacht, daß solche refraktär sich verhaltenden Karzinome auch nicht durch eine Steigerung in der Dosierung beeinflußt werden können. Daß man bei geeigneter Technik mit den bisher üblichen Dosen, etwa 50—100 X pro Feld und Sitzung, eine sehr gute Tiefenwirkung erzielen kann, dafür bespricht er zwei Fälle, die recht lehrreich in dieser Beziehung sind. Es handelt sich bei beiden um ausgedehnte, jedoch ziemlich tief unter der Haut sitzende Vulkakarzinome.

Dr. **Hermann v. Schrötter: Zur Technik des Umlagerns Verwundeter und Kranker.** (Der Militärarzt, 1915, No. 28.)

Wenn auch schonendes Umlagern einen der wichtigsten Behelfe sorgfältiger Kranken- und Verwundetenpflege bildet, so findet dieser Umstand noch immer nicht die genügende Berücksichtigung. Richtiges, d. h. schonendes Umlagern kann für die Prognose bestimmter Fälle, wie bei Bauch-, Lungen- und Kopfschüssen geradezu bestimmend sein. Immer wieder sieht man die Hilfsorgane in unzweckmäßiger Weise und mit meist ganz unnötiger Kraftanstrengung bei der Umlagerung eines Kranken, sei es von Bett zu Bett oder von der Feldtrage auf den Operationstisch oder von ersterer in den Waggon tätig, während zielbewußt sich ergänzende Handgriffe schonend für den Kranken sind und zugleich eine wesentliche Erleichterung für die Helfer bedeuten. Nur allzuhäufig wird sowohl im Operationszimmer bei der Umlagerung von einer Feldtrage auf die andere, wie beim Abladen oder der Unterbringung von Verwundeten derart vorgegangen, daß die Feldtragen n e b e n e i n a n d e r, statt, wie es einzig richtig erscheint, in der Längsachse h i n t e r einander aufgestellt werden, so daß die helfenden Hände von beiden Seiten unterstützend eingreifen können. Naturgemäß wird man sich dort, wo es an Kräften mangelt oder die räumlichen Verhältnisse beschränkte sind, stets helfen müssen, so gut es geht. Bei systemisierten Betrieben aber, wie an Verbandplätzen, Spitälern, Eisenbahnschubstationen sollte die Umlagerung der Kranken stets nur in der letztgenannten Art durchgeführt werden und das Personal derart geschult sein, daß es automatisch von diesem Verfahren Gebrauch macht. Anhangsweise gedenkt Verf. noch des so ungemein schonenden Transportes von Kranken und Verwundeten mit Hilfe jener Unterlage, Leintuch oder Decke, auf welcher der Patient eben gelagert ist. Drei oder vier Helfer an jeder Seite, welche die Unterlage mehr oder minder — je nach Bedarf — spannen, vermögen ohne fühlbare Anstrengung und in raschem Tempo Personen auch von ansehnlichem Körpergewichte von einem Krankenraume in den anderen, von diesem auf den Operationstisch zu bringen.

Kr.

Neuere Arzneimittel.

Dr. **Heinrich Epstein** (Prag): **Foligan „Henning", Orangenblätterextrakt als Sedativum.** (Deutsche med. Wochenschr., 1914, No. 43.)

Cand. med. **Erich Rose** (Berlin): **Foligan „Henning", ein neues pflanzliches Sedativum.** (Münch. med. Wochenschr., 1915, No. 20.)

E p s t e i n kam durch die Beobachtung, daß in Italien und besonders in Südfrankreich Mütter aus dem Volke ihren schlaflosen Kindern einen Orangenblätteraufguß als Beruhigungsmittel reichen, auf die Idee, die Fol. Aurant. zunächst als Infus als Sedativum und Hypnoticum zu versuchen, und er konnte in der Tat in vielen Fällen eine sedative und hypnotische Wirkung erzielen. Er ging dann dazu über, mit einem alkoholischen Extrakt zu arbeiten. Später stellte die Firma Dr. G e o r g H e n n i n g (Berlin) ein festes Extrakt aus Orangenblättern her, welches mit Milchzucker und anderen Geschmackskorrigentien versetzt zu Tabletten verarbeitet unter dem Namen „F o l i g a n" in den Handel gelangt. Professor W a l k o (Prag) prüfte das Foligan an 60 Kranken und stellte seine sedative (in Dosen von 0,1—1 g) und seine schlafbringende Wirkung (hauptsächlich in Dosen von 1—1,5 g) fest. E. selbst brachte in der Privatpraxis das Foligan bei Neurasthenie und Hysterie zur Anwendung. — R o s e berichtet aus dem medizinisch-poliklinischen Institut der Universität Berlin über Erfahrungen mit dem neuen Mittel. Darnach ist das Foligan in allen Fällen indiziert und von guter Wirkung, in denen es sich um allgemeine nervöse Beschwerden und Schlaflosigkeit auf nervöser Grundlage handelt. Ein eigentliches Hypnoticum ist Foligan nicht; am Tage genommen, schläfert es nicht ein; die Nebenwirkungen der Betäubungsmittel, wie Kopfdruck und Benommenheit, fehlen. Es beeinflußt Schmerzen auf organischer Grundlage nicht, bewirkt aber, daß sich bei den Patienten Ruhegefühl und guter Schlaf einstellen. Die Dosierung beträgt, wo es sich um neurasthenische Beschwerden handelt, 3 mal täglich eine Tablette à 0,5 g. Gegen Schlaflosigkeit werden abends 2—3 Tabletten à 0,5 g, in heißem Zuckerwasser gelöst, verabreicht. R. L.

II. Feuilleton

Die Therapie der Keilschriftmedizin.

(Schluß.)

Von

Felix Reinhard, Arzt (z. Z. in Wahn, Rhld.).

II. Hydrotherapie und Mechanotherapie.

Die Hydrotherapie scheint in Mesopotamien in nicht unbedeutendem Umfange angewandt worden zu sein. Waschungen, Besprengungen, Uebergießungen, Bäder werden erwähnt. So empfiehlt in einem Texte der Leibarzt dem Könige neben präservativen Einreibungen Wassertrinken und häufiges Händewaschen.

In dem Küchlerschen Text heißt es:

„Wenn ein Mensch an Leibschneiden leidet, soll er auf seine Füße niederknieen und sich setzen; kaltes Wasser sollst du auf seinen Schädel fließen lassen."

An einer anderen Stelle:

„Wenn ein Mensch an Leibschneiden leidet, sollst du ihn auf seine Füße sich setzen lassen, gekochtes Wasser der Kasu-Pflanze auf sein Schädeldach gießen, so wird er genesen." Diese Vorschrift ist freilich keine reine Hydrotherapie.

Als hervorragend heilkräftig galt das heilige Wasser des Euphrat, geschöpft an der Einmündung des Stromes ins Meer; mit diesem „Lebenswasser" wurde der Brunnen des Gottes Marduk im Tempel zu Babylon gespeist; u. a. wurde dies Wasser in Form kühler Umschläge gegen Kopfschmerzen gebraucht.

Diese therapeutische Hochschätzung des Wassers hängt natürlich mit der allgemeinen, religiösen und zugleich naturphilosophischen Anschauung von der lebenspendenden Kraft des Wassers resp. der Körperflüssigkeit zusammen (hämatische Lebenstheorie und Humoralpathologie).

Andeutungen von medikomechanischer Therapie oder Heilgymnastik finden sich an vereinzelten Stellen. So wird bei bestimmten Leiden verordnet, den Kranken ein Schwert von Bronze oder Hartkupfer tragen zu lassen, so daß er müde werde.

III. Chirurgie.

Ueber die Kenntnisse und Fertigkeiten der mesopotamischen Aerzte in der Chirurgie ist uns wenig erhalten. Obwohl sie im Verstümmeln der Feinde eine vielseitige Geschicklichkeit besaßen, wissen wir nicht, ob sie die dabei zu machenden Erfahrungen auch zu Heilzwecken verwerteten.

Die Kastration als Luxusoperation war allerdings bekannt und viel im Gebrauch; auf Bildwerken findet man mehrfach Eunuchen bartlos im Gegensatz zu den sonst allgemein mit reichem Bartwuchs ausgestatteten Männern dargestellt.

Von kleiner Chirurgie war das Schröpfen schon sehr früh, sicher vor dem zweiten vorchristlichen Jahrtausend, vielleicht noch früher, bekannt, und zwar wurde es mit Hilfe von gerundeten Schröpfköpfen und einer, an den beiden Schnurenden mit Krummbolzen zum Schlagen der Schröpfwunde versehenen Doppelpeitsche vorgenommen. Diesem Schröpfinstrument, dem „Skorpion", wurde sogar kultische Verehrung zuteil, wie aus einem Siegelzylinder aus der Zeit Gudeas (ca. 3300 v. Chr.) ersichtlich ist; auf ihm findet sich eine auf das Schröpfen bezügliche Darstellung: Der Heilgott hält einen gerundeten Schröpfkopf, zwei andere sind auf Säulen aufgestellt, dazwischen ist die erwähnte Doppelpeitsche angebracht.

Es ist anzunehmen, daß auch der Aderlaß schon frühzeitig ausgeführt wurde, da er ja selbst bei allen Naturvölkern sich früh findet.

Daß gegebenen Falles Verbände angelegt wurden, geht aus einem Texte, einem Briefe des schon erwähnten königlichen Leibarztes hervor, in welchem er den Verband eines Kollegen für kunstwidrig erklärt.

Zum Schlusse sei noch erwähnt, daß bereits in Babylon-Assyrien die sogenannten niederen Heilverrichtungen, wie Salben, Pflasterlegen, Schröpfen usw., nicht vom Priester-Arzte selbst, sondern von untergeordnetem Heilpersonal vorgenommen wurden; ferner, daß, zumindest in späterer Zeit, neben den Aerzten Apotheker ihre spezifische Tätigkeit ausgeübt haben, wie wir aus verschiedenen Stellen der Keilschrifttexte schließen müssen, an denen der „Salbenreiber" erwähnt wird.

III. Tagesgeschichte

Standesangelegenheiten, Medizinal-Gesetzgebung, soziale Medizin etc.

Berlin. Das Reichsversicherungsamt hat in einer bemerkenswerten, im „Aerztl. Vereinsbl." abgedruckten Entscheidung festgestellt, daß die **von einer Krankenkasse Familienangehörigen ihrer Mitglieder freiwillig gewährte Heilbehandlung** nicht durch nichtapprobierte Krankenbehandler geschehen darf. Auch mit ihr seien regelmäßig approbierte Aerzte zu betrauen.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Einer der ältesten und angesehensten Praktiker Berlins, der Geh. Sanitätsrat Dr. Julius Blumenthal, ist im 80. Lebensjahre gestorben. Er war der Vater des bekannten Internisten Prof. Ferdinand Blumenthal.

Kiel. Dem Privatdozenten der Augenheilkunde und klinischem Oberarzt Dr. K. Behr ist der Professortitel verliehen worden.

Leipzig. Nachdem O. Frank (München) und M. Verworn (Bonn) abgelehnt haben, ist Prof. Dr. Siegfried Garten, gegenwärtig Ordinarius der Physiologie in Gießen, als Nachfolger von Ewald Hering auf den hiesigen Lehrstuhl der Physiologie berufen worden. Ein geborener Sachse, jetzt im 45. Lebensjahre stehend, ist Garten früher langjähriger Assistent seines Vorgängers gewesen. Seit 1898, wo er sich in Leipzig habilitierte, steht er im akademischen Lehramt. In Gießen hat er seit 1908 gelehrt. Seine bisherigen Forschungsgebiete waren die Muskel- und Nerven-, sowie die Sinnesphysiologie.

Straßburg i. E. Dr. Th. Messerschmidt hat sich für Hygiene habilitiert.

Wien. Im Alter von 64 Jahren ist der Privatdozent der Frauenheilkunde Dr. G. Lihotzky, Primararzt am Krankenhaus Rudolf-Stiftung, gestorben.

Krakau. Der Professor der inneren Medizin Dr. Stefan Domanski ist gestorben.

Bern. Dr. Fritz Schmid, seit 1889 Direktor des schweizerischen Gesundheitsamts, ist gestorben. Er war erst kürzlich von der Universität Genf zum Ehrendoktor ernannt worden.

Petersburg. Im Alter von etwa 70 Jahren ist, wie nachträglich bekannt wird, der hervorragende Physiologe Prof. Iwan Petrowitsch Pawlow gestorben. Er hat sich besonders durch seine bahnbrechenden Experimentalarbeiten über die Drüsen des Magen-Darmkanals Weltruf erworben, der durch die vor zwölf Jahren erfolgte Zuerkennung des Nobelpreises an ihn zum äußeren Ausdruck kam.

Gerichtliches.

Eschwege. Wegen **fahrlässiger Tötung** eines Patienten wurde der Krankenbehandler B. von der hiesigen Strafkammer zu vier Monaten Gefängnis verurteilt.

Verschiedenes.

Berlin. Die Witwe des vor zwei Jahren gestorbenen Professors der orthopädischen Chirurgie Joachimsthal hat der Deutschen Orthopädischen Gesellschaft 10 000 M. zu **Preisen** für Arbeiten aus der orthopädischen Chirurgie übergeben.

Tübingen. Der kürzlich verstorbene ärztliche Leiter des Bades Wildbad Geh. Hofrat Dr. Th. Weizsäcker hat die hiesige Universität als Erbin eingesetzt. Es soll eine **„Theodor-Weiszäcker-Stiftung"** begründet werden, mit deren Erträgnissen medizinische und naturwissenschaftliche Forschungen gefördert werden sollen.

Kriegsanleihe und Bonifikationen. Die Frage, ob die Vermittelungsstellen der Kriegsanleihen von der Vergütung, die sie als Entgelt für ihre Dienste bei der Unterbringung der Anleihen erhalten, einen Teil an ihre Zeichner weitergeben dürfen, hat bei der letzten Kriegsanleihe zu Meinungsverschiedenheiten geführt und Verstimmungen hervorgerufen. Es galt bisher allgemein als zulässig, daß nicht nur an Weitervermittler, sondern auch an große Vermögensverwaltungen ein Teil der Vergütung weitergegeben werden dürfe. War dies bei den gewöhnlichen Friedensanleihen unbedenklich, so ist anläßlich der Kriegsanleihen von verschiedenen Seiten darauf hingewiesen worden, daß bei einer derartigen allgemeinen Volksanleihe eine verschiedenartige Behandlung der Zeichner zu vermeiden sei und es sich nicht rechtfertigen lasse, den großen Zeichnern günstigere Bedingungen als den kleinen zu gewähren. Die zuständigen Behörden haben die Berechtigung dieser Gründe anerkennen müssen und beschlossen, bei der bevorstehenden vierten Kriegsanleihe den Vermittlungsstellen jede Weitergabe der Vergütung außer an berufsmäßige Vermittler von Effektengeschäften strengstens zu untersagen. Es wird also kein Zeichner, auch nicht der größte, die vierte Kriegsanleihe unter dem amtlich festgesetzten und öffentlich bekanntgemachten Kurse erhalten, eine Anordnung, die ohne jeden Zweifel bei allen billig denkenden Zeichnern Verständnis und Zustimmung finden wird.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: San.-Rat Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil S. Caspari, Berlin-Schöneberg.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW. 68, Alexandrinenstraße 110.

85. Jahrgang **Berlin, 11. März 1916** **No. 11**

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen,
Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Steinplatz 105 56

85. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302.

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Referate.

Innere Medizin.

Dr. **Hans Abels**, ordinier. Kinderarzt am Frauenhospiz in Wien: **Neues zur Klinik des Icterus neonatorum.** (Medizin. Klinik, 1915, No. 48.)

Verf. teilt eine neue Beobachtung mit, die geeignet ist, die Pathogenese des Icterus neonatorum zu klären. Die neue Beobachtung besteht darin, daß der Icterus neonatorum in exquisitestem Maß eine familiäre oder habituelle Erscheinung darstellt. Die Regelmäßigkeit in der Art und dem Grade des familiären Auftretens des Icterus neonatorum ist häufig eine geradezu verblüffende. Sieht man bei einer Mehr- oder Vielgebärenden ein sehr ausgesprochen ikterisches Kind, so kann man mit fast völliger Sicherheit annehmen, daß auch alle früheren ähnlich ikterisch gewesen sind. Sieht man bei einer Mehrgebärenden ein Kind von vollkommen rosiger Hautfarbe, bei dem man keine oder nur mit Mühe Spuren von Ikterus nachweisen kann, so wird man sicher hören, daß auch die früheren Kinder frei von Gelbsucht gewesen sind. Bei einer Vielgebärenden in diesem Fall erfährt man eventuell, daß die allerersten Kinder mäßig ikterisch waren. Zwischen den familiären Reihen von sehr ausgesprochenem und von ganz oder nahezu fehlendem Ikterus liegen natürlich solche von geringgradiger Gelbsucht; und man macht alsbald die Erfahrung, daß hier die Ausbildung in der Stärke des Ikterus bei aufeinanderfolgenden Kindern, und zwar auch bei reifen, am ehesten gewissen Schwankungen unterliegt. Dennoch ist auch bei diesen familiären Reihen die häufigere und durchgehendere Regel die, daß eine Abnahme von den ersten zu den späteren Geburten sich nachweisen läßt. — Eine genauere Analyse des erwähnten familiären oder habituellen Auftretens des Icterus neonatorum muß zu der Anschauung führen, daß die Basis dieser Erscheinung nicht allein in den der Frucht erblich innewohnenden Faktoren gelegen sein könne, sondern daß wir hierfür außerdem auf ein konstantes, also offenbar dem mütterlichen Organismus zugehörendes Moment rekurrieren müssen. Da nun einerseits von seiten der Frucht, anderseits von seiten des Mutterorganismus wirkende Faktoren als gleichermaßen zur Geltung kommend in Betracht zu ziehen sind, so weist dies als ursächlich wichtig auf jenen Vorgang hin, bei welchem tatsächlich beide Organismen in Mitleidenschaft gezogen werden und außerdem in vielfältigste gegenseitige Wechselwirkung treten, d. h. auf den Geburtsvorgang und eventuell ihn vorbereitende Stadien. A. faßt daher den Icterus neonatorum als eine Folge des Geburtsvorganges im weiteren Sinne respektive als eine Folge der denselben begleitenden, den fötalen ebenso wie den mütterlichen Organismus betreffenden Veränderungen und Schädigungen auf, wobei er als ursächlich an die wechselseitigen stofflichen Beeinflussungen, in erster Linie von seiten der Plazenta, denkt.

Dr. **Karl Pick: Ueber den Nachweis, das Vorkommen und die klinische Wertung von Urobilinogen und Diazo im Harne Typhuskranker.** (Medizin. Klinik, 1915, No. 47.)

Bei den bekannten Beziehungen des Typhus abdominalis zur Leber ist es merkwürdig, daß ein positiver Ausfall der Urobilinogenprobe selten zu beobachten ist. Dies fällt um so mehr auf, als bei akut fieberhaften und besonders bei allen akuten Infektionskrankheiten Urobilinogenausscheidung im Harne zur Regel gehört. Verf. hat sich der Aufgabe unterzogen, an dem großen Material von Typhus abdominalis, welches ihm im Militärbeobachtungsspital in Mährisch-Weißkirchen zur Verfügung stand, Untersuchungen des Harnes vorzunehmen. Dabei ergab sich, daß die Typhusinfektion an sich nicht von Urobilinogenbildung begleitet ist. Geht ein Typhus mit Diarrhöen einher, so fehlt in der Regel die Aldehydreaktion im Harne. Die meisten obstipierten Typhen zeigen stark positive Aldehydreaktion im Harne, sind meist Fälle schweren septischen Charakters und neigen zu lokalseptischen Prozessen. Bei gleichzeitiger Tuberkulose und Typhus kommen Urobilinogen und Diazo nebeneinander im Harne vor, auch wenn Diarrhöen vorhanden sind. Bei Septikämie als Sekundärinfektion des Typhus abdominalis tritt Urobilinogen im Harn auf. Wenn ein Typhus, der ursprünglich Diazo positiv, Aldehyd negativ hatte, bei einem neuerlichen Temperaturanstiege der Rekonvaleszenz umgekehrtes Verhalten zeigt, ist an eine pyämische Komplikation oder sonstige zweite Erkrankung zu denken und nicht an ein Rezidiv. Urobilinogen im Harne eines Typhuskranken ist aus diesen Gründen als prognostisch ungünstig verwertbar. Urobilinogen und Diazo finden wir beim Typhus selten durch längere Zeit nebeneinander und gleichzeitig. Ein wechselndes oder gleichzeitiges Auftreten von Diazo und Aldehyd bei sichergestellter Typhusdiagnose soll an die Möglichkeit einer Mischinfektion denken lassen, wobei Krankheitserscheinungen der Diazoperiode mit der Typhusinfektion, solche in der Zeit der vorwiegenden Urobilinogenausscheidung mit anderen, Nichttyphustoxinen in Zusammenhang zu bringen sind. Kr.

Stabsarzt Dr. **E. Gildemeister** und Stabsarzt Dr. **E. Baerthlein: Beitrag zur Cholerafrage.** (Münch. med. Wochenschr., 1915, No. 21.)

Die Verfasser ziehen aus ihren Untersuchungen nachstehende Schlußfolgerungen. Choleravibrionen sterben in einem großen Teile der Choleradejekte innerhalb kurzer Zeit ab. Sie bleiben jedoch in einer nicht unerheblichen Zahl von Stühlen mehrere Wochen, zuweilen über 30 Tage, lebensfähig. Auch in Darmentleerungen von gesunden Keimträgern können Choleravibrionen über mehrere Wochen ihre Lebensfähigkeit bewahren. Unter natürlichen Bedingungen dürfte gleichfalls eine längere Haltbarkeit der Choleravibrionen in Choleradejekten anzunehmen sein, insbesondere, wenn diese einzeln oder zu mehreren direkt auf dem Erdboden (Wiese, Wald) abgesetzt werden. Damit ist vornehmlich im Kriegsgebiet zu

rechnen. Es muß daher angestrebt werden, die Darmentleerungen möglichst schnell unschädlich zu machen. In Stühlen von Cholerakranken und von gesunden Keimträgern werden nicht selten bestimmte Mutationstypen der Choleravibrionen angetroffen. Mischinfektionen von Cholera mit Ruhr und von Cholera mit Typhus wurden im östlichen Kriegsgebiet des öfteren angetroffen. R. L.

Dr. **Alfred Perutz** (Wien): **Ein Fall von Priapismus, bedingt durch myelogene Leukämie.** (Wiener medizin. Wochenschrift, 1915, No. 47.)

Der 17jährige Patient war bisher stets gesund. Masturbation und venerische Erkrankungen werden geleugnet. 10 Tage vor der Einlieferung in das Spital bekam Patient plötzlich, ohne daß er dafür eine Ursache anzugeben weiß, eine Erektion, die Tag und Nacht andauerte, nicht schmerzhaft war, aber auch kein Wollustgefühl hervorrief. Die Miktion war nicht gestört. Außer nicht starken Kopfschmerzen und gelegentlichem Nasenbluten war Patient beschwerdefrei. Die Milz ist stark vergrößert, sie überragt um Handbreite den linken Rippenbogen, reicht zwei Querfinger über die Nabellinie und ist hart. Die Leber ist etwas vergrößert. Der Penis ist maximal erigiert, die Corpora cavernosa sind prall gefüllt, bei Berührung nicht schmerzhaft, die Glans penis ist nicht erigiert, normal. Die Lymphdrüsen sind kaum palpabel, die Knochen nicht schmerzhaft. Es besteht beiderseits ein leukämischer Fundus. Harn frei von Eiweiß und Zucker, Wassermannsche und Pirquetsche Reaktion negativ. Das Blut zeigte den typischen Befund einer myelogenen Leukämie. Der Penis des Patienten wurde mit 7 H und 2 mm Aluminiumfilter mittels Röntgenstrahlen belichtet. 13 Tage nach der Bestrahlung trat eine deutliche Besserung ein: der Penis ist wenig erigiert. Auch der Blutbefund hat sich wesentlich gebessert. Hierauf wurde auch die Milz bestrahlt. Gegenwärtig macht Pat. eine Arsen-Kur. — In der Literatur werden 36 Fälle von leukämischem Priapismus beschrieben.

Stabsarzt der Res. Dr. med. **Walter Scholz** (Baden-Baden): **Funktionelle Sprachlähmung im Felde.** (Medizin. Klinik, 1915, No. 52.)

Zu der Unzahl funktioneller Erkrankungen im Kriege, die auf unmittelbare Schreckwirkung durch platzende Artilleriegeschosse, Minensprengungen, Verschüttungen und andere Unfälle zurückzuführen sind, und die man unter dem Sammelnamen Schreckneurose zusammenfaßt, gehören auch die Fälle von Aphonie und Mutismus, wie sie nicht selten beobachtet werden. Die unmittelbare Wirkung solcher nervenerschütternder Ereignisse auf die Sprache äußert sich in verschiedener Weise. Einmal tritt völlige Aphonie auf, mit der Unmöglichkeit, mit tönender Stimme zu sprechen. Der Kranke spricht nur mit heiserer Flüsterstimme. Es besteht alsdann das Bild der hysterischen Aphonie, wie es allgemein bekannt ist. Dabei ist der Kehlkopf organisch vollkommen intakt, höchstens besteht eine gewisse Erschlaffung und geringfügiges ovales Klaffen der Stimmbänder. Eine andere Art der Schreckwirkung ist der vollkommene Verlust der Sprache, die Unmöglichkeit, Worte zu bilden. Ebenso wird heftiges Stottern bei Leuten, die vorher nie gestottert haben, beobachtet. Auch bei diesen Fällen finden sich entweder keine Veränderungen im Kehlkopfe, oder es besteht eine Lähmung der Stimmlippen auf funktioneller Basis, die sich in dem Unvermögen, mit der Sprachgebung die Stimmritze zu schließen, äußert. In der vorliegenden Arbeit teilt Verf. zwei solcher Fälle von durch Schreckwirkung entstandener Sprachlähmung mit. In beiden war die Ursache Granatexplosion in unmittelbarer Nähe der Betroffenen. Bei beiden bestand vollkommener Mutismus; beide sind geheilt worden, der eine vollständig; bei dem zweiten, der sich noch in Behandlung befindet, besteht noch ziemlich heftiges Stottern, sobald er sich aus irgendeinem Grunde erregt. Im übrigen spricht auch er jetzt wieder ziemlich geläufig und mit lauter Stimme. Kr.

Chirurgie.

Prof. Dr. **V. v. Lepkowski** und Dr. **Stephan Robert Brünauer** (Wien): **Zur Therapie der Erfrierungen.** (Wiener medizin. Wochenschr., 1915, No. 51.)

Die Verfasser besprechen zunächst ganz flüchtig die Erfrierungen leichten Grades mit Schwellung, Rötung, neuralgiformen Beschwerden und Parästhesien, um dann die schweren Fälle einer eingehenderen Betrachtung zu unterziehen und ihre Behandlungsmethode darzulegen. Die Tendenz derselben geht dahin, unter extrem konservativer Schonung des lebenden und etwa noch lebensfähigen Gewebes 1. dem Eiter allenthalben freien Abfluß zu ermöglichen (Inzisionen, feuchte Verbände); 2. eine Propagierung phlegmonöser Prozesse zu verhindern (intraparenchymatöse Injektionen von 1 bis 5 ccm einer 20 proz. Formaldehydlösung); 3. auf diese Weise den Heilungsprozeß als solchen tunlichst abzukürzen. Im Anschluß an die Therapie wird die Prophylaxe erörtert. Prophylaktische Bemühungen müssen hauptsächlich darauf hinzielen, die betreffenden Körperteile vor Durchnässung und Erkältung zu schützen, was insbesondere an den unteren Extremitäten nicht immer leicht ist. Einfetten der Füße, Bestreichen der Fußwäsche mit der von Doz. Dr. Pribram angegebenen Leimglyzerinsalbe, Tragen eines festen, widerstandsfähigen Schuhwerkes kommen hier in Betracht, außerdem muß aber die Mannschaft insbesondere davor eindringlich gewarnt werden, ihre durchnäßten Gliedmaßen an irgendeiner offenen Feuerstelle der Wärme auszusetzen, da Verff. fast immer feststellen konnten, daß in solchen Fällen von Erfrierungen die Nekrosen ganz besonders tiefgreifend waren, ganz entsprechend dem Umstande, daß zur vaskulären Schädigung bei der Erfrierung noch sekundär eine Schädigung der Gewebselemente durch die oft übergroße Wärmezufuhr erfolgte.

Prof. Dr. **M. Katzenstein** (Berlin): **Ueber Heilung des Plattknickfußes.** (Die Therapie der Gegenwart, Dezember 1915.)

Die Plattfußbehandlung mit Einlegesohlen und anderen Stützapparaten ist nur eine symptomatische. In den meisten Fällen werden die vorhandenen Beschwerden durch solch eine Stütze zwar verschwinden; immerhin bleibt eine gewisse Zahl von Fällen übrig, bei denen die verschiedensten Einlagen nicht den gewünschten Erfolg haben. Solche Fälle gaben Verf. Veranlassung zu einem Verfahren, das durch die Berücksichtigung der Ursachen des Plattfußes eine Heilung des Leidens zum Ziele hat. Das erste Stadium des Plattfußes ist meist der Knickfuß. Der Fuß knickt bei Körperbelastung nach außen um; die Entfernung des Os naviculare von der Tibia wird größer, das Ligamentum tibionaviculare ist überdehnt. Der Knickfuß führt dann allmählich zum Plattknickfuß über, bei dem das Fußgewölbe infolge Ueberdehnung der längs verlaufenden Bänder herabsinkt. Schmerzhaft sind bei all diesen Formen nur die werdenden Zustände. Die Entwicklung des Knickfußes beziehungsweise Plattfußes verursacht infolge Ueberdehnung der Bänder und Muskeln, der falschen Stellung der Gelenke und Umbildung der Knochen Schmerzen. Der ausgebildete Plattfuß macht die geringsten Beschwerden und unsere Behandlung wird gerade bei den Zuständen des werdenden Plattfußes in Anspruch genommen und ist hierbei am aussichtsvollsten. Von diesen Gesichtspunkten aus lag es nahe, eine Heilung solcher im Entstehen begriffenen Zustände durch eine Festigung der Bänder zu versuchen. Es ist aber klar, daß eine solche Behandlung nur in Frage kommt in den Fällen, in denen nur eine Ueberdehnung und Schwäche der Bänder vorhanden ist. Das ist der Knickfuß und der entstehende Plattfuß. Verfassers bisherige Erfahrungen erstrecken sich nur auf den Knickfuß, der erfahrungsgemäß die größten Beschwerden macht. In der letzten Zeit beobachtete Verfasser vielfach Kriegsfreiwillige, deren Füße der starken Belastung, die der Kriegsdienst ihnen auferlegte, nicht gewachsen waren. Sie kamen meist mit Diagnosen wie Knochenhautentzündung, Sehnenscheidenzerrung in seine Behandlung. Bei der Untersuchung stellte Verf. fest, daß das erste Stadium des Plattfußes, ein Knickfuß, anatomisch eine Ueberdehnung des Ligamentum tibionaviculare, vorlag. Die Wölbung des Fußes ist hierbei noch vorhanden, der Fuß knickt bei Belastung nach außen um. Die damit behafteten Individuen sind nicht imstande, längere Märsche zu leisten oder längere Zeit zu stehen. Es handelt sich meist um jugendliche und schwächliche Personen. Dann kommt der Plattknickfuß auch in höherem Alter vor bei Damen, die, früher von schwächlicher Natur, in höherem Alter Fett ansetzen. Die Gelenkbänder sind für das größere Körpergewicht zu schwach. Verf. versuchte nun eine ursächliche Behandlung des Leidens in der Weise, daß er die Bänder stärkte. Hierzu verwendet er Einspritzung einer schwachen Formalinlösung in das schlaffe Band. Die Wirkung des Formalins auf das lebende tierische Gewebe hat Verf. in einigen Experimenten studiert. Daß es härtend, gewissermaßen gerbend wirkt, konnte man aus seinem Einfluß auf totes Gewebe voraussetzen. Tatsächlich wird eine Sehne oder das Band eines Hundes, in das man eine schwache Formalinlösung eingespritzt hat, fest und hart und setzt der Ausdehnung einen weit größeren Widerstand entgegen als zum Vergleich herangezogenes, nicht vorbehandeltes entsprechendes Gewebe. Die Technik des Verfahrens ist sehr einfach. Von je einer am inneren Knöchel und dem Os naviculare gebildeten Hautquaddel wird das Gewebe, das dem Knochen zunächst gelegen ist, in voller Länge zwischen beiden Knochen mit 0,5 proz. Novocainlösung infiltriert; alsdann wird auf die ganze Länge des Bandes verteilt, von beiden Seiten aus je ½ ccm 4 proz. Formalinlösung in das Ligamentum tibionaviculare (das ist das Gewebe nahe dem Knochen) eingespritzt. Die Folge der Einspritzung ist eine mäßige Schwellung des Gewebes am nächsten Tage, an dem der redressierende Gipsverband angelegt wird. Um das behandelte Ligament zu verkürzen, wird nämlich der Fuß in Klumpfußstellung eingegipst. Hierbei wird das Os naviculare dem medialen Knöchel außerordentlich

genähert. Vom nächstfolgenden Tage ab läßt Verf. die Kranken im Gipsverbande herumlaufen, der nach 4 Wochen entfernt wird. Gewöhnlich ist dann das Ligamentum tibionaviculare so fest geworden, daß eine Massagebehandlung erforderlich ist, um den Fuß beweglich zu machen.

Dr. **Rudolf Beck**, Regimentsarzt und Dr. **Eduard Reither**, Assistenzarzt am Reservespital No. 1 in Znaim: **Ueberraschend schneller Erfolg einer Nervenoperation.** (Wiener klin. Wochenschr., 1915, No. 49.)

Ein Mann, welcher am 2. August 1915 einen Gewehrschuß mit Verletzung des rechten Nervus ischiadicus erlitt, trug eine vollkommene schlaffe Peroneuslähmung (mit elektrischer Entartungsreaktion) davon. Der Befund blieb vollkommen unverändert bis zum 28. September (also durch acht Wochen). An diesem Tage wurde die Nervenoperation vorgenommen. Am 20. Oktober, das ist 22 Tage nach der Operation, ist die Peroneuslähmung so gut wie beseitigt, Patient kann das Sprunggelenk bis auf 90° strecken, kann ohne Stock gut gehen; die faradische Erregbarkeit, sowohl indirekt als direkt, ist zurückgekehrt. Die von Dr. Reither vorgenommene Operation bestand in folgendem: Freilegung des Ischiadicus an der Verletzungsstelle; der laterale Teil desselben ist mit der strangförmig durch die Muskulatur ziehende Narbe verwachsen; nach Isolierung ergibt sich, daß nur die drei lateralst gelegenen, zirka 2 bis 3 mm dicken Nervenbündel auf eine Strecke von 2 cm durch eine Schwiele ersetzt sind. Andere Nervenbündel sind in das schwielig verdickte Perineurium eingelagert. Erstere werden reseziert und durch Naht wieder vereinigt, letztere aus dem derben Gewebe befreit und letzteres reseziert, das Ganze in einen Fettfaszienlappen eingescheidet. Kr.

Neuere Arzneimittel.

Dr. S. **König** (Groß-Strehlitz): **Ueber Verwendung von Perhydrit-Stäbchen bei eiternden Wunden.** (Therapeut. Monatshefte, November 1915.)

Jetzt zur Kriegszeit mehren sich die Stimmen, welche bei Behandlung von Wunden, und insbesondere von zerfetzten, buchtigen Wunden, neben der rein aseptischen Behandlung auch derjenigen mit antiseptischen Lösungen das Wort reden. Unter letzteren verdienen die Sauerstoff abgebenden und dadurch stark bakterizid wirkenden Substanzen den Vorzug. Neben den meist verwendeten Superoxydlösungen hat sich nun Wasserstoffsuperoxyd in fester Form als zweckmäßig erwiesen, sei es in Pulver- oder in Stäbchenform, in welcher es von der Firma E. Merck, Darmstadt, unter dem Namen Perhydrit-Stäbchen in Handel gebracht wird. Die weißen, leicht schmelzenden Stifte stellen eine Verbindung von Wasserstoffsuperoxyd und Karbamid dar; sie werden bei fistulösen und eitrigen Geschwüren empfohlen. Die Wirkung geht in der Weise vor sich, daß bei Einführung des Stäbchens in die Wunde eine Gasentwicklung von solcher Stärke stattfindet, daß sie alles Unreine mit sich reißt. Der sich dabei bildende Sauerstoff ist infolge seiner bakterientötenden Eigenschaft die Ursache des günstigen Wundverlaufes. Verf. berichtet über zwei eklatante Fälle dieser Art.

Sanitätsrat Dr. **Fabry** und **A. Fischer** (Dortmund): **Ueber ein neues Salvarsanpräparat: „Salvarsannatrium".** (Münch. med. Wochenschr., 1915, No. 18.)

Das Salvarsannatrium ist eine im Wasser leicht lösliche Salvarsanverbindung mit einem Arsengehalt von 20 Proz., die Lösungen reagieren alkalisch. Die Verfasser wandten das Präparat auf ihrer Abteilung in Einzelgaben von 0,3-0,45-0,6 g an; aufgelöst wurde es zuerst in Aq. destill., später in 0,4 proz. steriler Kochsalzlösung, und zwar wurden vom Lösungsmittel 50 ccm genommen. Die Anwendung des Mittels geschah nur intravenös. Die Zeiträume zwischen den einzelnen Infusionen betrugen 4—8 Tage. Bei demselben Kranken wurden 3-5 Infusionen gemacht. Angewandt wurde das Mittel sowohl ohne jede Vorbehandlung mit Hg, als auch damit kombiniert. Zur Behandlung kamen Fälle in allen Stadien der Lues, ferner latente Lues und einige metaluetische Erkrankungen. Auf Grund ihrer Erfahrungen bezeichnen die Verfasser das Salvarsannatrium als dem Altsarvarsan gleichwertig hinsichtlich der Wirkung auf die Erscheinungen der Lues. Das Salvarsannatrium wurde im allgemeinen gut vertragen. Als Nebenerscheinungen traten auf Kopfschmerzen, die manchmal mehrere Stunden andauerten, Temperatursteigerungen nur selten über 38°, ferner einige Male sehr starke Durchfälle. Sonstige ernstere Störungen wurden nie beobachtet. Ganz vereinzelt traten nach der Infusion Schüttelfröste mit leichtem Brechreiz auf. Die Verfasser empfehlen das Salvarsannatrium vorläufig nur für die klinische Behandlung der Lues, und zwar in Verbindung mit der Quecksilberbehandlung. Für ambulante Behandlung ziehen sie Neosalvarsan in konzentrierten Lösungen und intravenös verabreicht, vor. R. L.

Dr. **W. Schönwitz**, Assistent an der Klinik und Poliklinik für Frauenkrankheiten von Prof. Dr. W. Nagel in Berlin: **Ueber Tampospuman in der gynäkologischen Praxis.** (Die Therapie der Gegenwart, Dezember 1915.)

Das neue von der chemisch-pharmazeutischen Fabrik Luitpoldwerk, München, in Form von Stiften und Tabletten hergestellte Hämostypticum Tampospuman besitzt durch seine Zusammensetzung alle zur Blutstillung nötigen Wirkungsmöglichkeiten, nämlich die vasokonstriktorische, die gerinnende und die tamponierende. Tampospuman hat folgende Zusammensetzung auf 100,0: Suprarenin (1:1000,0) 2,0, Stypticin 1,0, Ferripyrin 1,5, Chininsulfat 2,5, Phenazon 10,0, Acid. tart. et Natr. bicarb. (1+2), Corp. tabl. ad 2,0. Die vasokonstriktorische Wirkung verdankt das neue Mittel seinem Gehalt an Suprarenin und Stypticin, die gerinnende dem Eisenchlorid und Chinin. Die tamponierende Wirkung verdankt Tampospuman der beim Einführen des Mittels in die Genitalhöhle freiwerdenden Kohlensäure. Der Stylus oder die Tablette lösen sich erst dann auf, wenn sie mit einer genügenden Menge Flüssigkeit in Kontakt treten. Die aus dem Uterus kommende Blutmenge genügt zu diesem Zwecke vollkommen. Durch die freiwerdende Kohlensäure verwandelt sich das Tampospuman in einen Schlammtampon mit einem gewissen Gasdruck, der sich der Genitalhöhle automatisch anpaßt und die in ihm enthaltenen Specifica überall in Kontakt mit der Schleimhaut bringt. Diese Eigenschaft fehlt den internen styptischen Mitteln, und darin liegt die Hauptwirkung des neuen Mittels. In der Poliklinik von Prof. Dr. W. Nagel in Berlin wird Tampospuman seit einem Jahre bei den verschiedensten Formen der genitalen Blutungen der Frau angewandt. Das Mittel wurde bei allen Hypermenorrhöen (Pubertät, Klimakterium, Anämie), wo es sich um Beseitigung des Symptoms handelte, und bei langwährenden Blutungen, wo ein organischer Befund vorlag (Metro- und Endometritis, Adnextumoren, kleine Myome, inoperable Karzinome), mit Erfolg versucht. Bei Blutungen, wo kein Temperaturanstieg zu befürchten war, wurden die Styli intrauterin angewandt, so bei Endometritis haemorrhagica, Myomen und Hypermenorrhöen; wegen ihrer Kürze gelangen sie jedoch nicht in das Cavum uteri. In Fällen, wo die Blutung bei frischen Adnexerkrankungen, Exsudaten bestand, wurden die Tabletten angewandt. Die therapeutische Wirkung trat meistens sehr schnell ein, so bei Hypermenorrhöen aller Art nach zwei- bis fünftägiger Behandlung; bei Adnexerkrankungen, Metro- und Endometritis zeigte sich der therapeutische Erfolg meistens etwas später. Bei kleinen Myomen ließ die Blutung oft schon nach einmaliger Behandlung vorübergehend nach. Die Anwendung der Tampospumanstyli geschah in der Weise, daß der Stylus mittels einer Kornzange im Spekulum in den Cervicalkanal eingeschoben wurde; wo die Enge des Cervicalkanals es nicht zuließ, wurde eine Tampospumantablette in die Vagina eingelegt. Die Tabletten wurden auch den Patientinnen eingehändigt, mit der Anweisung, bei fortdauernder Blutung noch eine Tablette im Laufe des Tages einzuführen. Kr.

Dr. **Scheffen** (Cöln a. Rhein): **Romauxan, ein eisenhaltiges Nähr- und Kräftigungsmittel.** (Klin.-therapeut. Wochenschr., 1915, No. 43.)

Das Romauxan wurde im besonderen in einigen Fällen von Schulanämie, Skrofulose, Neurasthenie, Anämie nach Blutverlusten, Chlorose und Morbus Basedow. verabreicht. Außerdem wurde es mit gutem Erfolge bei mehreren in der Entwicklung zurückgebliebenen kleineren Kindern angewandt. Ein 1½ jähriges Kind, das schwer zahnte und häufig an Krampfanfällen litt, erhielt 3 Monate lang Romauxan. Die Zahnung verlief leichter, die Krampfanfälle blieben nach 4 Wochen gänzlich aus. Nach 3 Monaten war eine Gewichtszunahme von 7 Pfund zu verzeichnen. — Bei stillenden Müttern ist Romauxan ebenfalls ein nicht zu unterschätzendes Unterstützungsmittel. Das Romauxan ist als ein ausgezeichneter Blutbildner und als vorzügliches Nähr- und Kräftigungsmittel zu bezeichnen. Es ist sehr gut bekömmlich und kann bei Erwachsenen und Kindern in den verschiedensten Formen Anwendung finden. Der Preis ist sehr mäßig. W.

II. Bücherschau.

Die operative Behandlung der Lungentuberkulose. Von Prof. Dr. **F. Jessen** (Davos). Mit 8 Abbildungen im Text. (Würzburger Abhandlungen aus dem Gesamtgebiet der praktischen Medizin, XV. Band, 4./5. Heft.) Würzburg 1915, Verlag von Curt Kabitzsch. 56 S. 1,70 M.

In vorliegender Abhandlung gibt Verfasser einen wertvollen Ueberblick über den gegenwärtigen Stand der operativen Behandlung der Lungentuberkulose. Es kommen zurzeit folgende Eingriffe in Frage: die Exstirpation erkrankter Lungenteile, die Kaverneneröffnung, der künstliche Pneumo-

thorax, die extrapleurale Thorakoplastik, die Kavernenplombierung und die Pleurolyse, die Phrenikotomie und die Dehnung des Sympathicus, die Unterbindung der Arteria pulmonalis und verwandte Methoden, die Operationen an der oberen Brustapertur. Verf. ist auf Grund seiner eigenen vielfältigen Erfahrung auf dem Gebiet der Ueberzeugung, daß die operative Behandlung vielen Lungenkranken helfen, ja, sie zu heilen vermag, die ohne sie verloren wären. Das Heil der Zukunft in der Behandlung der Lungentuberkulose liegt nach Verf. in einer Verbindung von klimatischer und chemischer Behandlung mit operativen Eingriffen. R. L.

Nasendeformitäten und ihre Korrektionen. Von Dr. **Arthur Fritzsche** (Leipzig). Mit 8 Abbildungen im Text. (Würzburger Abhandlungen, XV. Band, 12. Heft.) Würzburg 1916, Verlag von Curt Kabitzsch. 30 S. 0,85 M.

Die Arbeit stellt in kurz zusammenfassender Weise die gegenwärtig in Gebrauch befindlichen Methoden zum Ersatz von Nasen sowie zur Beseitigung von Nasendeformitäten dar. Verf. bespricht sowohl die operativen wie die nichtoperativen Hilfsmittel (Prothesen). Die Schrift soll wohl nur den praktischen Aerzten eine Einsicht in das bisher auf diesem Gebiet Geleistete geben und ist hierzu auch zu empfehlen. R. L.

III. Tagesgeschichte

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Als Nachfolger des verstorbenen Prof. Dr. Walter Loeb ist Prof. Dr. Julius Wohlgemuth, bisher Assistent am Pathologischen Institut der Universität, zum Vorsteher der medizinisch-chemischen Abteilung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses ernannt worden.

Halle a. S. Dr. Karl Eitel Friedrich Schmitz hat sich für Hygiene und Bakteriologie habilitiert.

Breslau. Der Privatdozent der Psychiatrie Dr. Ernst Storch ist im Alter von 50 Jahren gestorben.

Frankfurt a. M. Geh. Sanitätsrat Dr. Arnold Libbertz, der bekannte Jugendfreund und langjährige Mitarbeiter von Robert Koch, ist im Alter von 73 Jahren gestorben. Er richtete seinerzeit die Serumabteilung der Höchster Farbwerke ein und leitete sie eine Reihe von Jahren.

Meiningen. Im Alter von 57 Jahren starb hierselbst der Medizinalreferent im Ministerium für Sachsen-Meiningen Geheimer Medizinal- und Regierungsrat Prof. Dr. Georg Leubuscher. Bevor er 1897 ins Ministerium berufen wurde, hatte er seit 1885 dem Lehrkörper der Universität Jena als Dozent für innere Medizin und Staatsarzneikunde angehört; seit 1892 als außerordentlicher Professor. Er hat sich in seiner amtlichen Betätigung besondere Verdienste um die Schulhygiene als Förderer der Institution der Schulärzte erworben.

München. Dr. R. Hoffmann hat sich für Otiatrie und Rhinolaryngologie habilitiert.

Straßburg i. E. Prof. Dr. Philalethes Kuhn, außerordentlicher Professor der Hygiene und Bakteriologie, ist als Nachfolger des in den Ruhestand tretenden Professors E. Levy zum Leiter der bakteriologischen Anstalt für Elsaß ernannt worden.

Innsbruck. Dr. Hans Fischer, bisher außerordentlicher Professor der Physiologie in München, ist als Nachfolger des nach Göttingen berufenen Prof. Windaus zum ordentlichen Professor der medizinischen Chemie an der hiesigen Universität ernannt worden.

Basel. Dr. Hoessli hat sich für Chirurgie habilitiert.

Bern. Der Privatdozent der Psychiatrie Dr. Robert Walker ist im Alter von 50 Jahren gestorben.

Gerichtliches.

Schweidnitz. Der Reichenbacher Krankenbehandler S. wurde von der hiesigen Strafkammer wegen **Betrugs** zu einer Gefängnisstrafe von sechs Monaten und einer Geldstrafe von 600 M. verurteilt.

IV. Amtliche Mitteilungen.

Personalia.

Preußen.

Auszeichnungen: Charakter als Geheimer Sanitätsrat: Prof. Dr. E. Braatz in Königsberg i. Pr., Sanitätsräte Dr. W. Block in Hannover, Dr. F. Boeck in Stettin, Dr. Joh. Brohl in Cöln a. Rh., Dr. F. v. Chlapowski in Posen, Dr. G. Coranda in Königsberg i. Pr., Dr. J. Dressen in Aachen, Dr. O. Fester in Frankfurt a. Main, Dr. M. Fritsche in Berlin, Dr. H. Kolbe in Glatz, Dr. W. Kretschmer in Liegnitz, Dr. B. Krevet in Halle a. S., Dr. M. Küppers in Frankfurt a. M., Dr. K. Kunert in Graudenz, Dr. B. Lachmann in Frankfurt a. M., Dr. O. Oberüber in Pr.-Eylau, Dr. H. Overbeck in Witten (Ruhr), Dr. F. Peters und Dr. A. Petersen in Elberfeld, Dr. A. Simon in Jastrow (Westpr.), Dr. A. Weigmann in Glatz, Dr. M. Zernik in Görlitz.

Sachsen.

Niedergelassen: Dr. H. F. Bernhard in Radeberg.

Verzogen: Dr. H. M. M. Steynes, von Dresden, unbekannt wohin, Dr. P. Aschke von Oberlößnitz-Radebeul nach Schledehausen, Dr. Heinrich Weiss in Zschopau, Dr. K. A. Wesemann in Baruth und Johs. Bernhardt in Neusalza, Dr. F. H. Bernhard von Zschopau nach Radeberg.

Angestellt: Johs. Bernhardt in Neusalza als Ger.-Ass.-Arzt.

Praxis hat aufgegeben: Dr. K. Th. T. Rätze in Dresden.

Gestorben: Dr. K. H. Peters in Dresden, Prof. Dr. F. M. Oberländer in Dresden, Dr. M. N. Petrenz in Bautzen, San.-Rat Dr. G. H. von Dadelsen in Annaberg.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: San.-Rat Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil S. Caspari, Berlin-Schöneberg.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW. 68, Alexandrinenstraße 110.

85. Jahrgang **Berlin, 18. März 1916** **No. 12**

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen,
Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Steinplatz 105 56

85. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Referate.

Innere Medizin.

Prof. Dr. I. Boas (Berlin): **Ueber Kriegskrankheiten der Zivilbevölkerung.** (Med. Klinik, 1915, No. 51.)

Verf. beantwortet in erster Linie die Frage, inwieweit die zweifellos ungünstigeren Ernährungsbedingungen (Teuerung der Lebensmittel, schlechtere Brotverhältnisse u. a.) ein Ansteigen von Verdauungsstörungen der Zivilbevölkerung herbeigeführt haben. Er führt in Uebereinstimmung mit anderen Fachmännern aus, daß eine Häufung von chronischen Verdauungsstörungen organischer Art, speziell soweit Magen- und Darmkatarrhe in Frage kommen, von ihm nicht beobachtet worden ist. Wäre das Kriegsgebäck wirklich so schädlich für den normalen Verdauungsapparat, so hätten wir vor allem eine Häufung chronischer Darmkatarrhe beobachten müssen. Während Verf. solche bei aus dem Felde zurückgekehrten Soldaten und besonders Offizieren in beträchtlicher Zahl zu sehen und zu behandeln Gelegenheit hatte, übertraf die Zahl der mit chronischen Diarrhöen behafteten Kranken der Zivilbevölkerung keineswegs das Maß dessen, was er sonst zu sehen Gelegenheit hatte. Aber auch bei schon früher chronisch Darmkranken, die naturgemäß sich einer vorsichtigen Ernährung und Diät unterwerfen mußten, hat Verf. irgendwelche erheblichen Schwierigkeiten nur in vereinzelten Fällen gesehen. Besonders maßgebend ist für Verf. auch die Erfahrung gewesen, daß in Zuständen von Unterernährung und Anämie, trotz der Knappheit der hier in Frage kommenden Nahrungsmittel (Butter, Sahne, Eier, Milch), die Resultate gegenüber den normalen Zeiten nicht sehr erheblich abwichen. Von den Kriegskrankheiten der Verdauungsorgane, deren Häufung am ehesten erwartet werden konnte, sind in erster Linie die nervösen oder richtiger die psychogenen Magen- und Darmkrankheiten zu erwähnen. Zu Verfs. größter Ueberraschung ist diese Erwartung aber keineswegs realisiert worden. Verf. persönlich hat den denkbar besten Eindruck von der Nervenverfassung weiter Volkskreise, besonders soweit hierbei die Verdauungsorgane beteiligt sind, denen bekanntlich ein erheblicher Anteil an der allgemeinen Neurasthenie zukommt, gewinnen können. Auch in bezug auf eine andere Krankheit, die man als Gradmesser für die Widerstandsfähigkeit des Nervensystems betrachten kann, hat Verf. günstige Erfahrungen gesammelt: Das ist der Diabetes mellitus. Auch diesen hat er im Verlaufe des Kriegsjahres im ganzen keineswegs in einem die normalen Frequenzziffern auffallend überschreitenden Maße gesehen. Dagegen hat er bei zwei Krankheitsgruppen eine beträchtliche Häufigkeitszunahme beobachten können. Einmal handelt es sich um die Erkrankungen des Gallengangssystems, speziell die Cholelithiasis. Es unterliegt für B. keinem Zweifel, daß hierbei psychische Emotionen eine erhebliche auslösende Rolle spielen. Sehr viel ernster als die Zunahme an Gallensteinerkrankungen ist aber die überraschende Häufigkeit der Karzinome der Verdauungsorgane. Sehr auffallend war Verf. unter den bösartigen Neubildungen des Magen- und Darmkanals die abnorm hohe Frequenz im jugendlichen Alter.

1. **Leon Lifschitz** (Basel): **Die Nierenblutung durch Ueberanstrengung.** (Korrespondenzbl. f. Schweizer Aerzte, 1915, No. 47.)

2. Dr. **Wildbolz** (Bern): **Ueber Nierenblutungen durch Ueberanstrengung.** (Ebendaselbst, No. 50.)

Die Nierenblutung durch Ueberanstrengung ist sehr selten beschrieben. In den vereinzelten, meist unzureichend beobachteten Fällen handelte es sich um kurzdauernde renale Hämaturie nach übermäßiger Anstrengung durch Reiten, Radfahren und Springen, wobei auch oft starke Körpererschütterungen stattfanden. Auch nach schwierigem Bergsteigen, ja selbst nach einem Koitus ist eine solche renale Hämaturie beobachtet worden. Am wenigsten Berücksichtigung fanden aber bisher diejenigen Fälle, bei denen die Hämaturie unmittelbar nach längerem Gehen oder überlangem Stehen erfolgte. In der Literatur konnte Lifschitz (1) nur einen derartigen Fall finden. Das veranlaßt Verf., drei Fälle von renaler Hämaturie im Anschluß an übermäßig langes Gehen und Stehen mitzuteilen und unter Berücksichtigung der Literatur auf die Genese, die symptomatischen und diagnostischen Einzelheiten näher einzugehen. Es ergibt sich, daß sich bei allen seinen Fällen die Möglichkeit einer Nierenkrankheit nicht mit Sicherheit ausschließen läßt, daß aber in den meisten Fällen keinerlei Anhaltspunkte für eine solche vorhanden waren. Die Annahme, daß eine gesunde Niere infolge von Ueberanstrengung bluten kann, erscheint nicht unwahrscheinlich, wenn man bedenkt, daß gesunde Nieren nach Ueberanstrengung Eiweiß und Zylinder ausscheiden können. Die wahrscheinlichste Ursache dieser Nierenblutungen sind die übermäßig durch physische Anstrengung im Körper angesammelten Stoffwechselprodukte. Für letztere spricht das gar nicht so selten beobachtete Auftreten von Albumen nach Ueberanstrengung im Harn sonst gesunder Menschen. Ein Analogon finden wir in der Geburtshilfe bei Eklampsie. Die Niere der Schwangeren wird durch das ungewohnte Plus an Ausscheidungsprodukten, die der Fötus liefert, manchmal so geschädigt, daß es nicht bloß zur Albuminurie, sondern sogar zu vollständiger Anurie kommt. Zum Vergleich können wir auf das Auftreten von Hämoglobinurie, die bei Menschen und Tieren, besonders beim Pferd, nach Ueberanstrengung vorkommt, hinweisen. Diese Hämaturien können auch durch Arzneiintoxikation hervorgerufen werden. Genau so wie die Arzneiintoxikation könnte auch die Autointoxikation durch die Stoffwechselprodukte zur renalen Hämaturie führen. Wahrscheinlich werden durch diese Gifte die Gefäße, besonders die Kapillaren der Niere in ihrer Ernährung gestört und für Blutzellen durchlässig. Welche Stoffe es sind, die die Gefäße schädigen, ist bisher nicht vollständig ermittelt worden. Möglicherweise handelt es sich um auch physiologisch durch die Nieren ausgeschiedene Stoffwechselprodukte, wie Milchsäure, Fleischmilchsäure etc., welche aber bei stärkerer Anhäufung, wie es bei der gesteigerten Körperleistung der Fall ist, auf das Nierengewebe einen Reiz ausüben. Diese toxischen Stoffe können nicht nur die Nierengefäße schädigen, sondern auch auf die vasomotorischen Ner-

ven wirken. Durch diese Stoffe kann es zur Lähmung der vasokonstriktorischen Nerven kommen. — Die Arbeit von Wildbolz (2) richtet sich gegen die Auffassung von Lifschitz. Sie will vor allem der Gefahr wehren, daß dem Beispiele Lifschitzs folgend, jetzt wieder wie früher allzurasch die Diagnose „Blutung aus gesunder Niere" gestellt werde. Die Beobachtungen von Lifschitz erscheinen W. nicht sehr überzeugend. Die klinische Untersuchung war sicherlich nicht eingehend genug, sagt er, um zu erlauben, die blutenden Nieren als gesunde Organe anzusehen. Es wurde in keinem der Fälle von Lifschitz eine vergleichende Prüfung der Funktion der beiden Nieren gemacht, auch keine mikroskopische und chemische Untersuchung der getrennten Nierensekrete; es scheint auch kein Radiogramm wegen Verdacht auf Stein, keine Tierimpfung wegen Verdacht auf Tuberkulose vorgenommen zu sein. Die Hämaturie bietet häufig außerordentlich große diagnostische Schwierigkeiten; sehr oft ist es uns nicht gleich möglich, die Ursache der Blutung sicher festzustellen. Wir dürfen aber erst nach langer Beobachtungszeit und nach Erschöpfung aller diagnostischen Hilfsmittel die Verlegenheitsdiagnose stellen: „Blutung aus gesunder Niere". Fast immer ist die Nierenblutung die Folge eines ernsten organischen Leidens, dessen Prognose natürlich wesentlich verschlimmert wird, wenn es nicht frühzeitig erkannt wird. Wir müssen uns deshalb stets vor Augen halten, daß die Diagnose „Blutung aus gesunder Niere", weil sie sofort ein Nachlassen unserer diagnostischen Bemühungen bedingt, für viele unserer Kranken eine schwere Schädigung bedeutet. Kr.

Chirurgie.

Prof. **H. Fehling**, Generaloberarzt: **Ueber die Behandlung der Bauchschüsse.** (Beiträge zur klin. Chirurgie, 98. Bd., 3. Heft [12. Kriegschirurgisches Heft].)

Verf. stellt die Ergebnisse der Beobachtung über den Verlauf der Bauchschüsse bei abwartender und bei operativer Behandlung zusammen. Die Mortalität der perforierenden Bauchschüsse bei exspektativem Verhalten beträgt nach Kraske 100 Proz., nach Sauerbruch 94 Proz., nach Perthes 79 Proz., nach Körte 60 Proz. Die Mortalität bei prinzipieller Eröffnung der Bauchhöhle und Naht der Verletzungen beträgt nach Schmieden 66,0 Proz., nach Enderlen und Sauerbruch 55,6 Proz., nach Kraske 48,7 Proz. Darnach muß bei perforierenden Bauchverletzungen von jetzt ab auch im Kriege die Losung lauten: Bauchhöhle eröffnen, Naht der Verletzungen, Schluß der Bauchwunde, bei Bedarf Tamponade. Bei hoffnungslosen Fällen und solchen, wo Unmöglichkeit der operativen Heilung vorliegt, einfache Drainage, wozu dann die energische Opiumbehandlung nach Pfister treten mag. Kr.

Dr. **E. Sehrt** (Freiburg i. B.): **Eine neue Methode der künstlichen Blutleere.** (Münch. med. Wochenschr., 1915, No. 21.)

Verf. benutzt seit einigen Monaten zur Herstellung der künstlichen Blutleere bei Operationen an Stelle des Esmarchschen Schlauches eine aus Stahl angefertigte, tasterzirkelartige Klemme, deren Branchen durch eine Flügelschraube und ein Gewinde beliebig fest geschlossen werden können. Man kann die Branchen mit Gaze oder Watte umwickeln, um die zusammengepreßten Gewebe vor Schädigung zu bewahren. Die Klemme wird in der Weise angelegt, daß sie maximal geöffnet über das Glied gestülpt wird. Dabei ist darauf zu achten, daß die eine Branche über dem Lauf des betreffenden großen Gefäßes zu liegen kommt, so beim oberen Drittel des Oberschenkels an der Innenseite, beim unteren Drittel an der Rückseite des Oberschenkels. Ist die Klemme über das Glied gestülpt, so wird sie so fest wie möglich zugeschraubt. Dadurch wird eine ideale Blutleere erzielt. Die Klemme ist leicht zu handhaben und funktioniert sicher. (Fabrikant: Fischer in Freiburg i. B.) R. L.

Geh. San.-Rat Dr. **Neuschäfer** (Steinbrücken): **Zur Methode der Unterschenkelamputation.** (Med. Klinik, 1916, No. 1.)

Verf. berichtet über eine Methode, die ihm stets tragfähige Stümpfe nach kürzester Heilungsdauer geliefert hat: Zuerst wird ein Zirkelschnitt durch die Haut geführt. Er liegt soweit unterhalb der Stelle, an welcher der Knochen durchgesägt werden soll, als zur Herstellung einer genügenden Bedeckung der Amputationsfläche erforderlich ist. Alsdann werden zwei Längsschnitte hinzugefügt. Der eine läuft fingerbreit nach außen von der Kante der Tibia herab, der andere liegt diametral gegenüber an der hinteren Seite, so daß also durch diese Schnittführung ein innerer und ein äußerer Lappen vorgezeichnet werden. Die ersten Schnitte durchsetzen nur die Haut. Nachdem sie getrennt ist, weicht sie so weit zurück, daß die Wunde des Zirkelschnittes fingerbreit klafft. An der Grenze der zurückgewichenen Haut wird jetzt in den Längsschnitten sowohl, wie in dem Zirkelschnitte die Fascie eingeschnitten. An der Stelle, an welcher der Zirkelschnitt über die nur von der Haut bedeckte innere Fläche der Tibia hinüberläuft, trennt er zugleich das Periost derselben querüber. Der innere Lappen muß nun von seiner Unterlage als „Haut-Fascie-Periostlappen" in der Weise abgelöst werden, daß die untere Schicht desselben an beiden Seiten durch die Fascie, in der Mitte durch das Periost gebildet wird, und daß diese Schicht mit der äußeren Haut durch das dazwischenliegende Unterhautbindegewebe in normaler Verbindung bleibt. Diese Ablösung kann ohne alle Schwierigkeit und ebenso rasch wie das Abpräparieren eines einfachen Hautlappens ausgeführt werden, wenn man folgendermaßen verfährt: Man faßt zunächst an der vorderen Ecke des inneren Lappens mit einer Hakenpinzette die Fascie und hebt sie auf, so daß sie sich in der Richtung des Längsschnittes anspannt. Mit der flachen Klinge des Messers drängt man alsdann den Musculus tibialis anterior von der Fascie weg nach hinten. Durch das Zurückdrängen des Muskels wird die äußere Fläche der Tibia da, wo der Muskel an derselben angelegen hatte, freigemacht. An dieser Fläche trennt man durch einen Längsschnitt das Periost. Der Schnitt läuft der vorderen Kante der Tibia parallel, einige Millimeter von derselben entfernt, er beginnt oben da, wo der Knochen durchsägt werden soll, also etwa dem Wundwinkel des vorderen Hautlängsschnittes entsprechend, und endigt unten in dem Zirkelschnitt, in dem er auf der Tibiakante in das äußere Ende des queren Periostschnittes einmündet. In ähnlicher Weise wird alsdann der hintere Rand des inneren Lappens von der Unterlage abgehoben und an der hinteren Fläche der Tibia, der inneren Kante des Knochens entlang, das Periost eingeschnitten. Nachdem in der beschriebenen Weise die beiden Seitenränder des Lappens abgelöst und an beiden Seiten des Knochens die Längsschnitte ausgeführt sind, kann das Periost ohne alle Schwierigkeiten von dem Knochen abgehoben werden. Nachdem der innere Lappen gelöst ist, wird der äußere zurückpräpariert. Er besteht aus Haut, Unterhautbindegewebe und Fascie. An der Grenze der zurückgeschlagenen Lappen werden alsdann die Muskeln in einer Ebene durchschnitten und die Knochen durchsägt. Bei der Vereinigung der Lappen durch Knopfnähte werden nicht die schmalen Schnittränder, sondern die Wundränder mehr oder minder breit gegeneinandergelegt. Es hat dies den doppelten Vorteil, daß man einmal weit leichter die prima reunio erreicht, andererseits hat man es hierbei, auch bei etwaigem Hautüberschuß, ganz in der Hand, die Haut zum exakten Anlegen an die Schnittfläche der Muskulatur zu bringen. Bei diesem Verfahren kann die Narbe niemals mit dem Knochen verwachsen und die Haut des Rumpfes ist über der Kante der Tibia und ihrer Sägefläche so verschieblich wie über der Crista eines gesunden Unterschenkels. Wiederholt hat Verf. seine Amputierten nach drei Wochen auf einem provisorischen, von ihm mit den einfachsten Mitteln hergestellten Stelzfuße nach Hause laufen lassen.

Dr. **Hans Burckhardt**, Assistent der chir. Klinik der Charité in Berlin, und Dr. **Felix Landois**, Privatdozent und Assistent der chir. Klinik zu Breslau: **Erfahrungen über die Behandlung infizierter Gelenke im Kriege.** (Beiträge zur klin. Chir., 98. Bd., 3. Heft [12. Kriegschir. Heft].)

Die Verfasser berichten über die Resultate, die sie mit der Resektion bei den schweren Gelenkeiterungen erreicht haben. Die Resektion hat sich nach ihrer Auffassung auch im Kriege ihren Platz erobert. Zwar kann sie, aus leicht begreiflichen Gründen, beim Pyarthros nicht dasselbe leisten, wie bei der Tuberkulose der Gelenke. Die Indikationsstellung für die Resektion beim Eitergelenk muß in viel höherem Grade den Allgemeinzustand des Kranken berücksichtigen. Denn die Gefahr, daß der Kranke septisch wird, ist bei den Kriegsinfektionen der großen und mittleren Gelenke sehr erheblich. 1. Beim Hand-, Fuß- und Ellbogengelenk sind die Resultate gut. Die Verfasser haben keine einzige Hand zu amputieren brauchen. Dreimal beim Fuß und einmal beim Ellbogengelenk hat nach der Resektion die Absetzung erfolgen müssen. 2. Die Resektion des Kniegelenks ist indiziert bei gutem Allgemeinzustand, bei mäßiger Knochenzerstörung und unter äußeren Verhältnissen, die eine längere Nachbehandlung des Kranken an einer Stelle ermöglichen. Die Resultate sind schlecht, sowohl quoad functionem, als auch quoad vitam. Selbst wenn es gelingt, die Extremität als solche zu erhalten, bleibt als Endausgang häufig eine Pseudarthrose zurück. Trotzdem soll man die Resektion oder wenigstens die Aufklappung immer versuchen, wenn die genannten Vorbedingungen erfüllt sind. Fehlen sie, so soll man statt der Resektion lieber gleich die Absetzung machen, da man sonst das Leben gefährdet. 3. Beim Schultergelenk gibt die Resektion bessere Resultate, als die Verfasser zu Anfang angenommen hatten. 4. Bei infiziertem Hüftgelenk ist die Verlustliste bei weitem am größten, es gelingt bei bedrohlichen Fällen nur selten, durch Resektion das Leben zu erhalten.

Dr. **Richard Heller,** Chefarzt der Abteilg. V des Reservespitals in Salzburg: **Infanteriegeschoß in der Herzmuskulatur.** (Med. Klinik, 1916, No. 1.)

Es handelte sich um einen 24 jährigen Soldaten, der vor zirka zwei Monaten im Felde verwundet wurde. Der Einschuß am linken Schulterblatte verheilte nach seinen Angaben in nicht allzulanger Zeit. Gleich nach der Verletzung hatte er Blut gehustet. Eine Ausschußöffnung war nicht vorhanden. Er kam dann in die Rekonvaleszentenabteilung und sollte im Juli 1915 neuerdings einrücken. Da er über zeitweise Atemlosigkeit und Herzklopfen bei geringen Anstrengungen klagte, so wurde er Verfs. Abteilung für röntgenographische Untersuchung überwiesen. Der Mann sah gut aus, war äußerst kräftig gebaut und zeigte keinerlei Erscheinungen einer schweren Herzläsion. Das Herz war etwas nach links verbreitert, Herztöne rein, Puls nicht beschleunigt. Am 10. Juli 1915 wurde er durchleuchtet, wobei sich deutlich der Schatten eines Geschosses zeigte, dessen Spitze nach abwärts gerichtet war und das in der Herzmuskulatur links von der Medianlinie in der Kammergegend lag. Das Geschoß folgte den Herzbewegungen. Der Mann konnte nicht weiter beobachtet werden, da er behufs seiner Superarbitrierung zu seinem Regiment einrücken mußte. Kr.

Ophthalmologie.

Privatdozent Dr. **Zade** (Heidelberg), Stabsarzt in einem Feldlazarett: **Ueber Augenerkrankungen im Felde.** (Münch. med. Wochenschr., 1915, No. 22—23.)

Verf. stellt seine Erfahrungen über Augenkrankheiten und ihre Behandlung im Felde in folgenden Sätzen zusammen: Die wichtigste Maßnahme zur Schmerzstillung bei Augenkrankheiten ist sachgemäße lokale Behandlung, z. B. heiße Umschläge bei Hordeolum, Entfernung von Fremdkörpern, Atropin bei Irisreizung, Verband bei Erosionen der Hornhaut. Kokain ist kein Analgeticum, es dient nur als Anästheticum zur Untersuchung und Behandlung. Erst in zweiter Linie kommen Aspirin und Morphium in Frage. Bei allen Verletzungen des Auges, sogar bei solchen der Umgebung desselben, ist an Kontusionswirkung zu denken (Blutungen im Auge, Netzhautabhebung). Man vermutet sie auch ohne Augenspiegeluntersuchung, wenn das Sehvermögen auffallend schlecht ist. Bei kleineren perforierenden Verletzungen ist sofortige Abtragung eines Prolapses, unter Umständen mit nachfolgender Kuhntscher Bindehautplastik, erwünscht. Größere perforierende Verletzungen, die subkonjunktival liegen (Auge weich), werden konservativ behandelt. Größere perforierende Verletzungen mit Zertrümmerung des Augapfels erfordern die Exenteratio bulbi. Bei Anschaffung und Bereithaltung von Brillen empfiehlt es sich, eine Einheitsform mit runden Gläsern anzustreben. (Ist inzwischen seitens der Militärverwaltung eingeführt worden. Anm. des Ref.) Bei Kopfschüssen ergaben sowohl chirurgische, als auch ophthalmologische Erfahrungen (Stauungspapille) das Gebot, in allen Fällen in Narkose Nachschau zu halten und nötigenfalls einzugreifen, Splitter oder Fremdkörper zu entfernen usw. — Als eine dem monatelangen Stellungskampfe eigene Erkrankung werden Fälle von Hemeralopie beobachtet. Die Ursache ist in allgemeiner Erschöpfung und in psychischer Alteration zu suchen. Ein Fall von Iritis gelatinosa im Anschluß an Influenza kam sehr sehr schnell zur Heilung. R. L.

Pharmakotherapie.

Dr. **Rubens** (Gelsenkirchen): **Fonabisit, ein neues Gichtmittel.** (Medizin. Klinik, 1915, No. 52.)

1913 berichtete Dr. V o l k m a r aus Wiesbaden im Aerzteverein zu Nürnberg, daß es ihm gelungen sei, durch intravenöse Einverleibung von Formaldehyd-Natriumbisulfurosum in zehnprozentiger Lösung, die Gicht zur Heilung zu bringen, vorausgesetzt, daß nicht durch jahrelange Ablagerung von Salzen destruktive Prozesse in den Gelenken oder wichtigeren Organen vor sich gegangen seien. Die Ausführungen V o l k m a r s über seine vorzüglichen Erfolge und vor allem über die völlige Unschädlichkeit des Mittels veranlaßten Verf. vorliegender Arbeit, geeignete Fälle von Gicht mit Fonabisit zu behandeln. Es gelangt in Dosen von je 10 und 30 Ampullen in den Handel; jede Ampulle enthält 5 ccm. Verf. ist mit den erzielten Erfolgen außerordentlich zufrieden. Die Angaben, daß das Präparat die besten Wirkungen bei akuten Fällen zeitigt, kann R. bestätigen. Auf akuten Gelenkrheumatismus wirkt Fonabisit nicht; R. sah sogar in einem Falle eine Verschlimmerung. Ungünstig sind die Ergebnisse bei Gicht, wenn bereits ankylotische Veränderungen der Gelenke eingetreten sind. In derartigen Fällen hat eine Fonabisitbehandlung keinen Erfolg aufzuweisen. Da, wo sich bereits Tophi, also größere Ansammlungen von harnsauren Salzen gebildet haben, ist Geduld von seiten des Arztes und des Kranken erforderlich, wenn auf einen Erfolg gerechnet werden soll. Bei diesen ist neben den Einspritzungen tägliche allgemeine Massage erforderlich. In Fällen mit vielen Gichtknoten hatte Verf. Mißerfolge zu verzeichnen, namentlich, wenn diese Knoten schon viele Jahre bestanden hatten. Er rät daher von der Behandlung derartiger chronischer Fälle mit Fonabisit ab. Bestehen die Knoten noch nicht sehr lange, so ist ein Versuch in Verbindung mit Massage zu empfehlen. Vor einer subkutanen Einspritzung des Fonabisits warnt Verf., da sie unerträgliche Schmerzen, die stundenlang anhalten, verursacht. Kr.

Dr. **Julius Frankenstein** (Berlin-Schöneberg): **Eine neue Methode der Quecksilberinkorporation zur Behandlung der Syphilis.** (Deutsche med. Wochenschr., 1915, No. 20.)

Dr. **Gustav Stümpke** (Hannover-Linden): **Erfahrungen mit dem Frankensteinschen Quecksilber-Inhalierverfahren.** (Deutsche med. Wochenschr., 1915, No. 21.)

F. berichtet über einen von ihm konstruierten Inhalationsapparat, welcher dazu dient, Hg auf dem Wege der Einatmung von Quecksilberdämpfen dem Kranken zuzuführen. Der Apparat besteht aus einem Ofen, in welchem ein mittels elektrischen Stromes erhitzter Widerstand (Platinfaden) die nötige Wärme liefert und eine auf eine Glimmerpfanne gebrachte Quecksilber-Amalgam-Tablette erhitzt, wodurch Hg zum Verdampfen kommt. Das aus dem Amalgam in feinster Gasform sich abspaltende Quecksilber wird mittels eines Stromes von komprimierter Luft oder Sauerstoff ausgetrieben und den Atemwegen in durch Luft oder Sauerstoff verdünntem Zustande zugeführt. Zur Einatmung dient ein auskochbares Inhalationsrohr aus Jenaer Hartglas. Als geeignete Dauer für eine Inhalation hat F. die Zeit von 10 Minuten erprobt. 25—30 Inhalationen von 0,2—0,3 g täglich oder intermittierend angewendet bilden eine Kur. F. empfiehlt seine Hg-Inhalationsmethode in erster Linie als Ersatz der Schmierkur.

St. hat, um die Wirkung der F r a n k e n s t e i n schen Inhalationsmethode zu studieren, mehrere Monate hindurch eine Reihe von Syphiliskranken ausschließlich mit diesem Verfahren behandelt. Im allgemeinen wirkt das Verfahren bei primärer und sekundärer Lues wie die übrigen Hg-Kuren. Auch in einigen Fällen von tertiärer Syphilis zeigte sich eine gute Wirkung. In der großen Mehrzahl der Fälle von frischer sekundärer Lues wird die Wassermannsche Reaktion im Laufe von 3—4 Wochen negativ. In einigen Fällen von primärer Lues, die sehr frühzeitig nach der Infektion zur Behandlung kamen, gelang es bisher, die Generalisierung der Syphilis zu verhüten. An Intoxikationserscheinungen traten bei dem F r a n k e n s t e i n schen Verfahren gelegentlich dieselben auf wie bei den übrigen Quecksilberanwendungen (z. B. Stomatitis, Magen-Darmstörungen). Daher sind alle die Vorsichtsmaßregeln, die sonst bei Hg-Kuren zu beobachten sind, auch bei dem Inhalierverfahren innezuhalten. Bei mäßigen Graden von Stomatitis darf jedoch die Kur fortgesetzt werden, während sie bei Kopfschmerzen, Störungen von seiten des Magen-Darmkanals und Hg-Dermatitis im allgemeinen zu sistieren sein wird. Die Einzeldosen betrugen 0,1—0,4 g. Die Dauer der reinen Inhalationsbehandlung beträgt 4—6 Wochen, meist ließ St. 6 Tage hintereinander inhalieren und dann einen Tag pausieren. St. hält es übrigens für zweckmäßig, das Inhalierverfahren in Kombination mit dem Salvarsan anzuwenden.

Ludwig Tuch (Zehlendorf): **Unsere Erfahrungen mit Diogenal.** (Münch. med. Wochenschr., 1915, No. 22.)

Verf. berichtet über Erfahrungen mit Diogenal (= Dibrompropylveronal). Als Schlafmittel bewährte sich Diogenal in Dosen von 1 g bei Kriegsteilnehmern, welche direkt von der Front kamen und sehr unter Schlaflosigkeit zu leiden hatten resp. an unruhigem, durch Kriegstraumbilder gestörtem Schlaf litten. In den meisten Fällen trat die Wirkung schon nach ¼—½ Stunde ein. Es erfolgte ein tiefer, traumloser Schlaf, welcher kein Mattigkeitsgefühl hinterließ. Auch als Sedativum, besonders bei nervösen Herzbeschwerden, leistete Diogenal gute Dienste, und zwar in Dosen von 0,5 g (2 mal täglich morgens und abends). In einem Fall wurde ein Asthmaanfall durch 1 g Diogenal kupiert. Magenbeschwerden oder sonstige schädliche Wirkungen wurden in keinem Fall bemerkt. Nur wurde nach längerer Anwendung von Diogenal als Schlafmittel bisweilen eine schlaferregende Nachwirkung auch nach Aussetzen des Mittels bemerkt, was nach Verf. auf Bromretention zurückzuführen ist. R. L.

C. E. Carlson (Lund i. Schweden): **Eine neue Eisenverbindung zur Darstellung des Eisenlebertrans.** (Klinisch-therapeut. Wochenschr., 1915, No. 50.)

Die Forderungen, die man an einen Eisenlebertran zu stellen berechtigt ist, sind folgende: 1. Der Eisenlebertran soll durchsichtig klar sein und nur Geruch und Geschmack des Dorschlebertrans besitzen, aus dem er hergestellt ist. 2. Der

Eisengehalt soll konstant sein und das Eisen muß an Fettsäuren gebunden sein, nicht z. B. an Benzoesäure, die von einigen Forschern in Vorschlag gebracht worden ist. Verf. ist es nun gelungen, die Eisenverbindung, welche im Oleum jecoris Aselli ferratum enthalten ist, zu isolieren und in reinem Zustand darzustellen. Da diese neue Eisenverbindung 5 Proz. Eisen enthält, als Metall berechnet, und nahezu geschmacklos ist, so ist man imstande, durch Extemporebereitung einen Eisenlebertran mit konstantem Eisengehalt und nur mit Geschmack und Geruch des verwendeten Lebertrans zu gewinnen. Die Verbindung besteht aus einem sowohl in durchgehendem, als auch in auffallendem Lichte vollkommen klaren rotbraunen Oel, das sich in allen Verhältnissen mit Lebertran und anderen fetten Oelen kristallklar mischt. Zur Bindung des Eisens ist die aus Mandelöl hergestellte Oelsäure verwandt worden. Verf. fand nämlich heraus, nachdem er die Löslichkeitsverhältnisse der Eisenverbindungen anderer Fettsäuren in fetten Oelen untersucht hatte, daß die Oelsäure unter gewissen Umständen eine Eisenverbindung ergibt, mit der man völlig klare und haltbare Lösungen mit Lebertran herstellen kann. Das Präparat enthält zahlreiche Kolloidkörner, und besteht hauptsächlich aus kolloidalem Fe_2O_3 in Oelsäure nebst einer geringeren Menge von Ferrioleat $(C_{17}H_{33}COO)_3Fe$. Aus diesem Grunde ist die Eisenverbindung Oleum ferricum colloidale genannt worden. Zwecks Erhaltung eines Lebertrans mit dem allgemein angewandten Eisengehalt von 0,5 Proz. muß die Vorschrift in folgender Weise abgefaßt sein:

Rp. Ol. ferricum colloidale „Carlson" 10 g
Ol. jecoris Aselli . . . . 90 g
Mr. ex tempore.

So ist der Eisenlebertran bereitet worden, der während der letzten 3 Jahre an das Provinzialkrankenhaus in Lund geliefert worden ist. Das Präparat ist zu beziehen aus der Apotheke „Hjorten", Besitzer J. Lindgren, in Lund (Schweden).

Kr.

II. Tagesgeschichte

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Im Alter von 55 Jahren starb hierselbst unerwartet der Vorsteher der hiesigen pharmazeutischen Zweigstelle der Farbwerke Fr. Bayer u. Co. Dr. phil. Felix Goldmann. Von Hause aus Apotheker, war der Dahingeschiedene nicht nur bei seinen engeren Fachgenossen, sondern auch bei den Aerzten angesehen und beliebt. In der „Vereinigung der deutschen medizinischen Fachpresse" entfaltete er als Vertrauensmann der pharmazeutischen Großindustrie eine rege Tätigkeit. Auch als wissenschaftlicher Schriftsteller auf seinem Fachgebiet ist er hervorgetreten, ferner als Herausgeber der Berichte der „Deutschen Pharmazeutischen Gesellschaft", deren Vorstand er als Schriftführer seit einer Reihe von Jahren angehörte.

Breslau. Dr. Eduard Melchior hat sich für Chirurgie habilitiert.

Königsberg i. Pr. Die philosophische Fakultät hat den langjährigen Ordinarius der Anatomie Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Ludwig Stieda, der seit seinem 1912 erfolgten Rücktritt vom Lehramt in Gießen im Ruhestande lebt, anläßlich seines 50jähr. Professorenjubiläums zum Ehrendoktor ernannt.

Rostock. Dem Privatdozenten der Chirurgie Dr. G. Hosemann ist der Professortitel verliehen worden.

Budapest. Dr. A. Fischer hat sich für chirurgische Pädiatrie, Dr. Bogdanovics für Gynäkologie, Dr. Polyák für Rhinolaryngologie habilitiert.

Gerichtliches.

Berlin. Der Krankenbehandler Baar, der ein an Diphtherie erkranktes Kind behandelt hatte, ohne die Natur der Krankheit zu erkennen, wurde wegen **fahrlässiger Tötung** von der Strafkammer des Landgerichts I zu neun Monaten Gefängnis verurteilt. Das Kind war nicht nur selbst seiner Krankheit erlegen, sondern hatte infolge der versäumten Isolierung auch seine beiden Geschwister angesteckt, die trotz ärztlicher Behandlung ebenfalls starben. Die Behandlung durch B. bestand in der Applikation der sogen. „Baarschen Salbe", deren Rezept B. von seinem Großvater, einem Schäfer, geerbt hat, und die er in einer auswärtigen Apotheke herstellen ließ. Nach dem Gutachten des chemischen Sachverständigen Prof. Dr. Juckenack sind die wirksamen Bestandteile der Salbe Kantharidenpulver und eine Schwefelarsenverbindung; es handelt sich also um eine Salbe, wie sie in der Tierheilkunde angewendet wird.

Verschiedenes.

Berlin. Eine von der **Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten** zusammenberufene Sachverständigen-Konferenz, zu der auch das Reichsjustizamt, das Reichsgesundheitsamt und das preußische Ministerium des Innern Vertreter entsandt hatten, hat sich vor kurzem in zweitägigen Beratungen mit den schweren Mißständen befaßt, welche auf dem Gebiete des Prostitutionswesens und der Geschlechtskrankheiten herrschen und die angesichts der durch den Krieg geschaffenen Lage dringend Abhilfe erheischen. Um eine bessere Ueberwachung der Prostitution zu ermöglichen und den Verwaltungsbehörden freie Bahn für die dringlichsten Aufgaben zu schaffen, verlangt die Konferenz in einer Petition an den Reichstag, daß dieser durch ein Notgesetz schon jetzt die erst für die Reform des Str.-G.-B. in Aussicht genommene Aenderung des § 180 vornehme, auf Grund dessen heute schon das bloße Vermieten an Prostituierte als Kuppelei bestraft wird. Gegen Bordelle, die ja immer zu schamloser Ausbeutung der Prostituierten führen, hat die Konferenz ausdrücklich Stellung genommen, hingegen sich zugunsten des sogen. Berliner Systems ausgesprochen, bei welchem die Prostituierten in besonderen Straßen als unabhängige Mieterinnen eigene Wirtschaft führen. Mit Recht verlangt die Konferenz in ihrer Petition eine Bestrafung derjenigen Personen, die, obwohl sie vom ansteckenden Charakter ihrer Krankheit Kenntnis haben, dennoch andere den Gefahren einer venerischen Ansteckung aussetzen, und schließlich fordert sie die Freigabe der Ankündigung und des Verkaufs der sogen. Schutzmittel, insofern diese nicht gesundheitsschädlich sind, in ärgerniserregender Weise öffentlich angekündigt und ausgestellt oder im Umherziehen vertrieben werden. Die große Rolle welche dem Kampfe gegen die Geschlechtskrankheiten in nächster Zeit für die Bestrebungen zur Wiedergesundung und Erstarkung der Nation zufallen wird, läßt es wünschenswert erscheinen, daß der Reichstag sich diesen wohldurchdachten Vorschlägen anschließt und sie möglichst bald zu Gesetzeskraft erhebt.

Zeichnet die vierte Kriegsanleihe!

Das deutsche Heer und das deutsche Volk haben eine Zeit gewaltiger Leistungen hinter sich. Die Waffen aus Stahl und die silbernen Kugeln haben das ihre getan, dem Wahn der Feinde, daß Deutschland vernichtet werden könne, ein Ende zu bereiten. Auch der englische Aushungerungsplan ist gescheitert. Im zwanzigsten Kriegsmonat sehen die Gegner ihre Wünsche in nebelhafte Ferne entrückt. Ihre letzte Hoffnung ist noch die Zeit; sie glauben, daß die deutschen Finanzen nicht so lange standhalten werden wie die Vermögen Englands, Frankreichs und Rußlands. Das Ergebnis der vierten deutschen Kriegsanleihe muß und wird ihnen die richtige Antwort geben. — Jede der drei ersten Kriegsanleihen war ein Triumph des Deutschen Reiches, eine schwere Enttäuschung der Feinde. Jetzt gilt es aufs neue, gegen die Lüge von der Erschöpfung und Kriegsmüdigkeit Deutschlands mit wirksamer Waffe anzugehen. So wie der Krieger im Felde sein Leben an die Verteidigung des Vaterlandes setzt, so muß der Bürger zu Hause sein Erspartes dem Reich darbringen, um die Fortsetzung des Krieges bis zum siegreichen Ende zu ermöglichen. Die vierte deutsche Kriegsanleihe, die laut Bekanntmachung des Reichsbankdirektoriums soeben zur Zeichnung aufgelegt wird, muß

der große deutsche Frühjahrssieg auf dem finanziellen Schlachtfelde

werden. Bleibe Keiner zurück! Auch der kleinste Betrag ist nützlich! Das Geld ist unbedingt sicher und hochverzinslich angelegt.

III. Amtliche Mitteilungen.

Personalia.

Preußen.

Auszeichnungen: Rote Kreuzmedaille II. Kl.: Dr. F. Bruckmeyer in Bremen, Dr. M. Cremer in Bremerhaven.

Rote Kreuzmedaille III. Kl.: Prof. Dr. A. Becker und Dr. G. Rüst in Hannover, Dr. A. Hillebrecht in Linden bei Hannover, Dr. O. Lühmann in Bremen, Priv.-Doz. Dr. Hans Meyer in Kiel, Dr. H. Roesen in Blankenese.

Rettungsmedaille am Bande: Mar.-Ob.-Ass.-Arzt Dr. Lohmeyer bei einem Kriegslazarett.

Ernannt: Geh. Med.-Rat und vortr. Rat im Ministerium des Innern in Berlin Dr. Krohne zum Geh. Obermed.-Rat, Prof. Dr. H. Dreser, bisher in Lüttich, zum ordentl. Mitgliede — Professor für Pharmakologie — an der Akademie für praktische Medizin in Düsseldorf, Kreis-Ass.-Arzt Dr. F. Scultetus in Ranis (Kr. Ziegenrück) zum Kreisarzt daselbst.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: San.-Rat Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil S. Caspari, Berlin-Schöneberg
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW. 68, Alexandrinenstraße 110.

Jahrgang 58. **Berlin, 25. März 1916** **No. 13**

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Steinplatz 105 56

85. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Aqua chromorhinica. — Ein Mittel gegen den chronischen Nasenkatarrh.

Von
Veterinärarzt **Stietenroth** (Halle i. Braunschweig).

Es kann als reiner Galgenhumor aufgefaßt werden, wenn ich zum Verständnis dieses Artikels berichte, daß ich schon vor Jahren das 50jährige Jubiläum als Nasenkranker hätte feiern können. Das fünfte Jahrzehnt liegt jetzt hinter mir, und wenn ich behaupte, daß ich mir diesen Katarrh aus einer Universitätsklinik als fast fünfjähriger Knabe geholt habe, so erscheint dies noch sonderbarer.

Damals goß mir ein Erwachsener aus Ungeschicklichkeit und Unverstand den teilweisen Inhalt eines Glases mit Schwefelsäure ins Gesicht, wobei ich das rechte Auge verlor. Diese Aetzwunden wurden in der Klinik zu Göttingen tagelang mit Eis gekühlt, wobei, wie ich mir einbilde, sich der Katarrh entwickelt hat. Es ist mir erinnerlich, daß ich letzteren schon als Schulknabe gehabt habe.

Als ich vor einigen Jahren einen Herren fragte, der sich öfter schneuzte, ob er an einem Katarrh der Nase litte, sagte er mir, er wäre im Gesicht operiert und die Wunde in der Nähe der Nase wäre mit Eis gekühlt; seitdem hätte er den Schnupfen.

Alle sekundär entstandenen Anhängsel, die eine solche chronische Blennorrhoe der Nasenschleimhaut im Gefolge hat, habe ich mit durch das Leben schleppen müssen. Im Jünglingsalter fast tägliches Nasenbluten, darauf Prickeln, Kribbeln und starkes Niesen. Später trat eine Periode ein, wo ich während mehrerer Jahre, meistens im Sommer, eine hochgradige linksseitige Gesichtsneuralgie zu ertragen hatte, die typisch, d. h. zu einer gewissen Tageszeit, einsetzte und sich dann nach etwa sechs Stunden wieder verlor, Zustände, die auf dem Wege des Reflexes entstehen. Sogar auch oftmals Asthma, welches durch den Reflex des Stauungsreizes in den Schwellkörpern auf die entfernt gelegenen Bronchialnerven hervorgerufen wird.

Ebenso lästig aber wie das Geschilderte waren mir die Sekretionsanomalien. Ich will darüber hinweggehen, sie sind ja bekannt. Selbstverständlich trieb mich die Not öfters zum Arzt. Ohne Sauerstoff kein Leben, und wenn man nachts mit offenem Munde schlafen muß, so ist das auf die Dauer nicht zu ertragen. Gerade im Liegen tritt bei den Reizzuständen der Nasenschleimhaut eine Hyperämie der Schwellkörper ein, und zwar so, daß, wenn man auf der linken Seite liegt, die entsprechende untere Kavität zuschwillt. So muß man sich durch Hin- und Herwälzen Luft verschaffen. Die zuletzt geschilderten Zustände sind dann durch oftmaliges Brennen wieder gehoben. Ein gänzliches Zurücktreten der Blennorrhoe trat aber nicht ein. Alles Unangenehme, was dabei drum und dran ist, stellte sich immer wieder ein.

Zur Applikation in die Nase sind mir ärztlicherseits auch Heilmittel verordnet, scharfe und nicht scharfe, allerlei Pulver, Salben, Glyzerin in Verbindung mit Borax, Salzwasser u. dgl. Es half alles nichts. Wer in der Not ist, sucht das Feuer in der Asche. Daher kam es, daß ich viele neue Mittel, die auf der Bildfläche erschienen und von denen ich wußte, daß sie ziemlich harmloser Natur waren, in meiner Nase probierte. Wenn ich mir einbildete, einen positiven Erfolg errungen zu haben, so wurde dieses dadurch hinfällig, daß meine Nase durch Reizerscheinungen oder dergleichen sich nach mehreren Tagen einer weiteren Behandlung widersetzte. Glyzerin hat mir noch die meisten Dienste erwiesen, ich durfte es aber nur ab und zu applizieren. Ebenso erging es mir mit der Trockenhefe, die ich in Pulver-, Salbenform und in wässeriger Verdünnung angewandt hatte.

Nachdem ich so die vielen Jahre dies und jenes probiert, ohne etwas erreicht zu haben, gab ich die Hoffnung auf ein Heilmittel auf. Es liegt ja auch auf der Hand, daß ein Organ, welches in einem konsensuellen Verhältnis zu den übrigen Organen der Luftwege steht und atmosphärischen Einflüssen ausgesetzt ist, schwer zu einer normalen Funktion nach so langjähriger Krankheitsdauer zurückzubringen ist.

Ein Zufall hat nun aber eine überraschende Wendung gebracht. Das ging so zu: Als ich wieder an dem alten Leiden ganz gewaltig litt, indem sich eine üble kopiöse Sekretion eingestellt hatte und die hinteren Choanen so verschleimt waren, daß das Sekret fest anhaftete und das Sprechen behinderte, griff ich wieder zu einem beliebigen Mittel. Diesmal war es eine dem Aluminiumazetat ähnliche Lösung. Die essigsaure Tonerde selbst wende ich auch stark verdünnt, 2 zu 100 Aqua, in der Nase nicht an, weil sie reizt.

Jene präparierte Flüssigkeit spritzte ich bei zurückgebeugtem Kopf so in die Nase, daß Tropfen in die Choanen gelangten und den Schleim zur Lösung brachten.

Es wunderte mich, daß diesmal gleich eine günstige Veränderung eintrat und es fiel mir auch auf, daß sich meine Natur der längeren Anwendung nicht widersetzte, obgleich ich schon früher das Mittel gebraucht hatte, nach zweitägiger Applikation aber davon absehen mußte, weil sich dies oder jenes, wie trockenes Gefühl, Niesen, Prickeln, Druck im Kopfe und dergl. bemerkbar machte. Wenn man so lange Jahre die verschiedensten Mittel ohne Erfolg gebraucht hat, so wird man in gewisser Beziehung gleichgültig. Das war ich diesmal gewesen, indem ich zum Auf-

ziehen der Lösung eine Glasspritze gewählt, der im Innern, an dem gezwirnten Glaskolben, Reste einer Lösung von Jodfarbstoffen — von dem unten näher beschriebenen Chromogallin — anhafteten und welch letztere die Lösung, die zur Behandlung der Nase diente, gefärbt hatte.

Da kam mir der Gedanke, daß dies wohl die Ursache von der günstigen Wirkung sein könnte. Auch war mir der veränderte Geschmack, wenn ein Tropfen beim Durchspritzen durch die Nase in die Mundhöhle gelangte, schon aufgefallen. Der Hinweis zu einem neuen Präparat war hiermit gegeben. Der Prozentsatz der wirkenden Stoffe zur Flüssigkeit wurde nach Ausprüfung fixiert.

Ich will nun vom eigentlichen Thema etwas abschweifen, um die Wirkung des „Chromorhinwassers" zu erläutern.

Der Farbstoff in demselben entstammt einem Präparat, welches „Chromogallin" genannt wird. Letzteres ist von mir in der Veterinärmedizin als subkutanes Mittel eingeführt gegen Gallen-, Augenblennorrhöen u. dergl. Die Komposition besteht aus 7 Bestandteilen. Unter diesen ist auch ein chromogener Farb- und ein Jodgerbstoff. Gallen sind übermäßige Ansammlungen von Synovia in Sehnenscheiden, Schleimbeuteln und Gelenkkapseln. Sie veranlassen bei Tieren Lahmheiten. Ich bin von dem Gedanken ausgegangen, daß der Farbstoff die Spindelzellen in den Sehnenfasern lähmt und daß durch den bewirkten Reizzustand, infolge der Injektion, und der dadurch hervortretenden Verdickung und Verhärtung des Bindegewebes, ein Zurücktreten der Galle bewirkt wird.

Meine Erwägungen in therapeutischer Hinsicht, bei den gefährlichen Conjunctivitiden, wie wir sie bei der periodischen Augenentzündung der Pferde und bei der Staupe der Hunde haben, hatten ein keimtötendes und ableitendes Verfahren durch periorbitale Injektionen im Sinne. Der vielfache glänzende Erfolg hat mir recht gegeben.

Chromogallin habe ich auch einmal auf diese Weise beim Homo sapiens ausprobiert: Bei meiner Frau hatte sich auf der Handfläche eine gallenartige, fast taubeneigroße Erhöhung im Verlaufe einer Sehnenscheide gebildet. Man nennt diese Bildung ja gewöhnlich Ueberbeine und sucht sie durch Druck, Quetschungen u. dgl. zu beseitigen. Als alle diese Prozeduren nichts genutzt hatten, bat mich meine Frau, einen Versuch mit Chromogallin zu machen. Ich entschloß mich ungern dazu, weil ich fürchtete, daß Schmerz eintreten würde, machte aber schließlich eine Injektion von 0,5 ccm. Außer einem geringen Brennen, welches aber weiter nicht belästigte, trat nur eine geringe Schwellung ein. Schon nach fünf Tagen zeigte mir meine Frau eine ebene Handfläche. Bis jetzt — es sind schon einige Jahre her — hat sich die Erhöhung nicht wieder eingestellt.

Ich komme auf die Behandlung der Nase mit „Aqua chromorhinica" zurück. Das kopiöse üble Sekret bei einer chronischen Blennorrhoe der Nasenschleimhaut ist auch vielleicht oft Träger eines Kontagiums. Sonst enthält der Nasenschleim gerinnbare Bestandteile, Epithelien und eine Menge Leukozyten. Diese saugen bei der Behandlung mit dem Präparat begierig den Farbstoff auf und werden gelähmt. Hierauf beruht die Heilung. Sofort, bei der ersten Applikation, wird das Sekret hell und klar, und es bleibt so, so lange Spuren von Farbstoff in der Nase zurückbleiben. Das Präparat hat eine weinrote Farbe und einen nicht üblen Geschmack, ich möchte sagen, auch fast einen solchen wie Rotwein. Es hat den Vorteil vor anderen adstringierenden Mitteln, daß nach dem Einspritzen kein Tröpfeln der Nase eintritt, d. h. wenn kein akuter Schnupfen vorliegt. Man kann die Flüssigkeit auch mit Paraffin. liquid. kombinieren oder mit Wasser. Letzteres ist nicht zu empfehlen, weil es die Wirkung abschwächt, auch ist das Präparat reizloser wie Salzwasser.

Wenn ich zum Wohle der Menschheit hierdurch beitragen kann, so bin ich gern bereit, Proben zu versenden. Es sollte mich freuen, wenn das Chromorhinwasser sich auch bei weiteren Versuchen bewährte. Letzteres nehme ich an, weil auch ich schon einer Frau, die an chronischem Schnupfen litt, etwas abgegeben habe. Dieselbe äußerte sich sehr günstig darüber und bedauerte nur, daß sie es nicht gegen einen Bronchialkatarrh, der sich nach einer Influenza eingestellt hat, anwenden könnte. Ich will hierbei noch erwähnen, daß bei mir auch der sekundär begleitende Kehlkopfkatarrh nach dieser erfolgreichen Nasenbehandlung zurückgetreten ist. Ebenso sind die höckerigen Erhebungen, die ich mit der wattierten Sonde in der Nase feststellen konnte, ganz verschwunden.

II. Referate.

Innere Medizin.

Dr. **Karl Mayer**, Assistent d. med. Universitätsklinik in Krakau: **Zur Vakzinetherapie des Typhus abdominalis bei den prophylaktisch Geimpften.** (Med. Klinik, 1916, No. 1.)

Verf. hebt die Wichtigkeit der Frage hervor, inwieweit eine nach geschehener Ansteckung mit Typhus vorgenommene Vakzinetherapie den Verlauf der Krankheit speziell bei solchen Kranken mildern kann, die schon prophylaktisch gegen Typhus geimpft wurden. Verf. bespricht vorläufig 16 Typhusfälle, die ein bis vier Monate vor der Erkrankung prophylaktisch geimpft wurden und die Verf. gleich in den ersten Krankheitstagen mit aktiver Immunisierung behandeln konnte. Er hat bei ihnen die Bujwidsche Vakzine subkutan angewendet. 1 ccm der Bujwidschen Vakzine enthält 1½ mg mit 0,5 Proz. Phenol abgetöteter und mit hochwertigem Immunserum sensibilisierter Bazillenkultur. Von dieser Vakzine wurde 0,5—1,5 ccm steigend in zweitägigen Intervallen injiziert, bis eine auffallende Veränderung des Fieberverlaufs im Sinne einer bedeutenden Besserung auftrat. Es genügten dazu drei bis fünf Injektionen. Bei allen diesen Fällen wurde die Fieber- und Krankheitsdauer auf 2½ bis 3 Wochen reduziert. Verf. hat erfahren, daß bei den prophylaktisch geimpften Typhuskranken, die gleichzeitig mit seinen Fällen auf eine andere Abteilung geliefert und ohne Vakzinetherapie behandelt wurden, das Fieber drei bis fünf Wochen dauerte und die Krankheit im allgemeinen schwerer verlief. Selbstverständlich ist es schwer zu beurteilen, ob der günstige und reduzierte Verlauf des Typhus bei diesen Fällen mit prophylaktischer oder therapeutischer Impfung, oder sogar mit einer überhaupt milder verlaufenden Epidemie zusammenhängt. Einen Weg zu dieser Beurteilung vermögen wir dadurch anzubahnen, daß wir eine allgemeine Zusammenstellung des therapeutisch geimpften Materials bewirken, aus welcher der Unterschied des Krankheitsverlaufs zwischen den prophylaktisch Geimpften und Nichtgeimpften bei denselben Epidemien prozentualiter ersichtlich wäre.

Dr. med. **E. Meyer** (Dübendorf): **Beitrag zur Kenntnis des Aktivwerdens einer latenten Tuberkulose und deren Uebertragung während der Gravidität.** (Korrespondenzbl. für Schweizer Aerzte, 1916, No. 2.)

Im Jahre 1889 erkrankte die neunjährige H. W. an einem von der Wirbelsäule ausgehenden Senkungsabszeß, der nach dreimaliger Punktion mit nachfolgender Jodoformölinjektion zur Heilung kam. Die Pat. zeigte nach dieser Erkrankung niemals Zeichen von Tuberkulose. Am 2. November 1903 kam die inzwischen verheiratete Frau nach einer in völligem Wohlbefinden verlaufenen Gravidität nieder. Der sehr kräftige, anscheinend ganz gesunde Knabe erkrankte im Alter von 12 Wochen an immer mehr zunehmendem Ikterus und starb, 14 Wochen alt, unter cholämischen Erscheinungen. Die Obduktion ergab eine vollständige Kompression des Ductus choledochus durch tuberkulös erkrankte periportale Lymphdrüsen. Kurze Zeit nachher war die Frau wieder gravid und erkrankte schon in den ersten Wochen der Gravidität an einer tuberkulösen Schwellung der Halslymphdrüsen. Gravidität und Geburt verliefen normal, das im November 1904 geborene Kind blieb gesund. Im Oktober 1906 erfolgte die dritte Geburt. Während der Schwangerschaft zeigten sich bei der Frau keinerlei krankhafte Erscheinungen. Der ebenfalls kräftige, scheinbar gesunde Knabe erkrankte Mitte Dezember an immer mehr zunehmendem Ikterus, der im Alter von 15 Wochen den Tod des Kindes herbeiführte. Die Obduktion ergab auch diesmal wieder tuberkulöse Erkrankung der periportalen Lymphdrüsen mit Kompression des Ductus choledochus. Durch diese Beobachtung wurde Verfassers frühere Ansicht bestätigt, daß die scheinbar geheilte, aber unzweifelhaft noch latente Tuberkulose durch die Gravidität aktiv geworden sei; wie oft Verschlimmerungen tuberkulöser Prozesse während der Gravidität beobachtet werden, und daß diese aktive Tuberkulose bei der ersten und dritten Gravidität zu einer Infektion des Kindes durch den Plazentarkreislauf, bei der zweiten Gravidität aber zu einer lokalen Erkrankung der Mutter geführt habe.

Kr.

Chirurgie.

Dr. **Krüger**, Spezialarzt für Chir. in Weimar, z. Zt. im Felde: **Ueber offene Wundbehandlung.** (Beiträge zur klin. Chir., 98. Bd., 3. Heft [12. Kriegschir. Heft].)

Durch Schede und Braun ist eine Frage angeschnitten worden, die nicht nur kriegschirurgisches Interesse bietet:

Sollen wir unsere bisherige Wundbehandlung mit Okklusivverbänden verlassen zugunsten der verbandlosen, offenen Wundbehandlung? Die offene Behandlung der Wunden ist nach K. ein Verfahren, welches vor unseren bisherigen Verbandmethoden große Vorzüge besitzt und die weitgehendste Verbreitung verdient. Der Hauptvorzug liegt darin, daß dem Kranken alle Unannehmlichkeiten erspart bleiben, die der Wechsel eines herkömmlichen Verbandes mit sich brachte: Entfernung der mit den Granulationen verklebten Verbandgaze, des in Wundhöhlen hineingestopften Tampons, dessen Lockerung sich auch mit Wasserstoffsuperoxyd nicht immer schmerzlos gestalten läßt, das Einführen einer neuen Tamponade, das Säubern der umgebenden Hautränder von Wundsekret, alles das fällt weg. Die Tamponade wird nur in Ausnahmefällen angewendet, dafür aber vom Drainrohr reichlichster Gebrauch gemacht. Hat das Drain mehrere Tage gelegen, so kann der Wechsel oder die Entfernung desselben schmerzlos geschehen. Besonders angenehm wurde die offene Behandlung von den Patienten empfunden, die vorher mit Okklusivverbänden behandelt worden waren. Verf. hat auch Briefe erhalten von in die Heimat abtransportierten Verwundeten, worin diese beklagten, daß sie dort nicht weiter offen behandelt wurden. Da das zuerst abfließende Wundsekret auf der Haut sehr bald als Kruste eintrocknet, über die der nachfolgende Eiter hinwegfließt, ohne die Haut mehr berühren zu können, so bleiben auch die umgebenden Ekzeme eiternder Wunden, eine früher nicht seltene Begleiterscheinung, aus. Es wäre direkt ein Fehler, die schützenden Krusten aus ästhetischen und Reinlichkeitsgründen zu entfernen. An den anfangs ungewohnten Anblick gewöhnt man sich rasch; als weiterer Vorzug fällt die nicht unbeträchtliche Ersparnis an Verbandstoffen ins Auge. Es ist ja nur nötig, an den abhängigen Partien der Wunde etwas Zellstoff oder Gaze hinzulegen, die täglich erneuert werden. Eignet sich die Lokalisation der Wunde zur Anbringung eines Beutels aus wasserdichtem Stoff, so braucht man überhaupt keinen Verbandstoff während der Nachbehandlung; der Eiter läuft in den Beutel und wird von Zeit zu Zeit entleert. Dies kann auch vom Pflegepersonal ausgeführt werden, sofern der Arzt kein besonderes Interesse hat, die Art und Menge des Sekrets selbst zu kontrollieren. Ferner hat der Arzt jederzeit die Möglichkeit, den Zustand der Wunde zu prüfen; er braucht nur den Gazeschleier zu lüften, um sich orientieren zu können, ob eine Schwellung der Umgebung auftritt, ob eine vermehrte Eitersekretion besteht usw. Auch Nachblutungen werden sich ebenfalls sofort bemerklich machen. Ferner gestaltet sich die Wundsekretion fast geruchlos; die mit Pyocyaneus durchtränkten Verbände gehören der Vergangenheit an. Schließlich ergibt sich für den Arzt eine große Zeitersparnis durch den Wegfall des zeitraubenden Verbandwechsels. Nur das Anlegen des ersten Verbandes, der exakt sitzen muß, fordert etwas mehr Aufwand an Zeit, der sich aber bezahlt macht; denn dann ist der Fall meist auf längere Zeit erledigt. Von dem Heilungsverlauf der offen behandelten Wunden hat Verf. einen günstigen Eindruck gewonnen, jedoch wird er zweifellos verlangsamt. Oft erwartete er unter einem schon lange bestehenden kleinen Schorf den bereits fertigen Epithelüberzug und fand doch nach Abheben desselben immer noch Granulationen. Ein unterstützender Heilfaktor, den der Okklusivverband besitzt, fehlt der offenen Behandlung: die durch den Verband erzeugte Erwärmung des Wundgebiets. Die offen behandelte Wunde wird im Gegenteil abgekühlt, besonders in der kalten Jahreszeit. Ferner wird durch die Austrocknung, die sich oft noch weit weg vom Wundgebiet geltend macht und die Haut des betreffenden Gliedes faltig, manchmal wie mumifiziert erscheinen läßt, dem jungen, sukkulenten Epithel- und Granulationsgewebe viel Wasser entzogen, was ebenfalls ein langsameres Fortschreiten der Heilung bewirkt. Es bleibt also fraglich, ob die offene Behandlung einer Wunde in jedem Falle bis zum Schluß derselben durchgeführt werden soll, oder ob eine Kombination mit anderen Methoden ratsam erscheint.

Dr. **H. F. Brunzel**, Assistent der chir. Abteil. des herzoglichen Krankenhauses zu Braunschweig: **Eine einfache Methode der Radikaloperation der Schenkelhernien.** (Deutsche Zeitschr. f. Chir., 135. Bd., 1. Heft.)

Die Methode ergab sich beim Nachdenken über einen möglichst sicheren Verschluß und zugleich einfache Beseitigung des Schenkelkanals. Das Hemmnis war dabei allein das in der Regel sehr straff ausgespannte Ligamentum Pouparti. Diese Spannung konnte auf einfache Weise nur durch Einschnitt beseitigt werden. Dieser durfte, wenn anders keine wichtigen anatomischen Verhältnisse zerstört werden sollten, nur im Bereich der Lacuna musculorum erfolgen. Der Schnitt brauchte nicht größer zu sein als gewöhnlich. Freilegung der Aponeurose des Obliquus externus und des Leistenbandes, Isolierung des Bruchsackes, Versorgung des Inhaltes, Abbindung möglichst hoch am Hals, Exstirpation und Reposition des Stumpfes durch den Schenkelkanal nach der Bauchhöhle zu durch einen Fingerdruck. Stumpfe Befreiung des Schenkelkanals vom Fett, das sich mit einem Tupfer leicht nach unten schieben läßt. Exstirpation ist überflüssig. Man kann es sogar gut nach der Naht der Bruchpforte mit einer Katgutnaht darüber festnähen. Nun senkrechter Schnitt durch die Aponeurose des Musculus obliquus externus und das Leistenband im Bereiche der Lacuna musculorum. Das Leistenband läßt sich jetzt nach seiner Entspannung leicht am Schenkelkanal eindrücken und behält fast von selbst diese Lage bei. Nötigenfalls kann man es bei sehr großer Bruchpforte stumpf mit dem Finger von ihr aus nach außen fahrend, völlig lockern, was aber in der Regel ganz unnötig ist. Beseitigung des Schenkelkanals und zugleich damit Verschluß desselben durch einige Seidenknopfnähte, die etwa ½ cm vom unteren Rande des Leistenbandes entfernt eingestochen werden, medial beginnend, durchs Schambeinperiost und noch einmal durch die Fascie und den Musculus pectineus selbst geführt werden, hier in etwas schräger Richtung von außen nach innen, um die Muskelfasern des Pectineus mehr in faserquerer Richtung zu fassen. Die letzte Naht — es sind meist nur 2—3 Nähte nötig — wird in gleicher Weise gelegt, doch so, daß sie, nach Beiseitedrücken der Gefäße in ihrer Scheide nach außen mit einer Kocherschen Sonde, möglichst dicht an diesen liegt. Festnähen des durchschnittenen Leistenbandes und des unteren Obliquus internus-Randes außen auf den Iliacus durch je eine Knopfnaht, wozu man Katgut nehmen kann. Man kann sich nun leicht überzeugen, daß der Schenkelkanal nicht mehr besteht, die Bruchpforte zugleich fest verschlossen ist und das Leistenband auf der Gefäßscheide fest aufliegt. Naht des Fettes und der Haut.

Dr. **Oscar Orth**, Chefarzt der chir. Abteil. des Reservelazaretts in Forbach in Lothringen: **Traumatische rechtsseitige Rektusruptur.** (Med. Klinik, 1916, No. 1.)

Der Fall betrifft einen Trainsoldaten. Die Anamnese ergibt, daß er bereits vor acht Tagen bei dem Versuch, in den Sattel zu springen, einen Schmerz in der rechten unteren Bauchseite verspürte, der beim Husten sehr stark war. Er war ohnmächtig, erholte sich aber sofort. Zuerst glaubte er an einen Bruch; er legte, da keine weiteren Symptome auftraten, der Affektion keine größere Bedeutung bei und tat wieder Dienst. Nach einigen Tagen führte er ein Pferd am Zügel, das vorne aufstieg. Durch diesen Ruck in die Höhe gehoben, spürte er nun einen intensiven Schmerz im Bereich der früheren Stelle, der es ihm unmöglich machte, weiter zu gehen. Status: Im Bereich des rechten Rektus unterhalb des Nabels ein hart sich anfühlender, fester Tumor, der vom Husten, Pressen unabhängig seine Konsistenz behält. Die Perkussion über ihm gedämpft. Die Umgebung, das heißt das ganze Abdomen, weich, keine Muskelspannung links, keinerlei Zeichen einer inneren Darmverletzung. Temperatur 37,5 °, Puls 90, leichter Brechreiz, Winde gehen ab. Diagnose: Muskelriß. Operation: Längsschnitt über der Konvexität des Tumors. Spaltung der Aponeurose, die an einer Stelle etwas eingerissen ist. Abpräparieren derselben in zwei Lamellen. Der rechte Rektus bis über die Linea alba quer vollständig zerrissen. Nach Ausräumung reichlicher Blutkoagula blutet es aus der Gegend des lateralperipheren Rektusabschnittes ziemlich stark. Beim Suchen spritzt ein Ast der Arteria epigastrica inferior. Das Peritoneum und die hier noch teilweise vorhandene hintere Rektusscheide intakt. Quere Naht des Rektus mit Katgut, 10 Nähte, Faszien- und Hautnaht. Heilung primär. Patient nach 10 Tagen geheilt. Differentialdiagnostisch kommt bei kleinen Rissen mit Beteiligung der Aponeurose eine direkte Hernie in Frage. Vor allem spricht gegen sie die Nichtbeeinflussung ihrer Größe durch Husten und Pressen ihre Irreponibilität bei Fehlen aller für eine Einklemmung sprechenden Symptome. Die Therapie war eine operative. R o s e n b a u m erwähnt einen ähnlichen Fall, der ohne Operation ausheilte. Verf. drängte schon die Schmerzhaftigkeit, an der der Pat. litt, zum Messer. Diese war nur durch die Spannung bedingt, unter der der Muskel durch den Bluterguß stand. Weiter ergab aber die Operation, daß zwischen der zentralen und peripheren Partie eine bedeutende Diastase war, die nur durch ein genaues Vernähen sich beheben ließ. Außerdem konnte es leicht zur Nachblutung aus dem zerrissenen Gefäß kommen. K r.

Neuere Arzneimittel.

Dr. phil. **R. Lüders**, Dr. med. **J. Emmert** und Dr. **Otto Better**: **Ein neues, für jede Applikationsart geeignetes Jodpräparat: Joddihydrooxypropan (Alival).** (Deutsche med. Wochenschrift, 1915, No. 22.)

Die beiden erstgenannten Autoren haben das von L ü d e r s dargestellte organische Jodpräparat Joddihydrooxypropan $CH_2J—CHOH—CH_2OH$ (Alival) einer pharmakologischen Prüfung unterzogen. Wird Alival per os genommen, so geben Harn und Speichel schon nach einer Stunde die Jod-

reaktion. Auch von der Haut aus wird Alival, als 10 proz. Salbe eingerieben, schnell resorbiert, so daß nach spätestens 3 Stunden Jod im Urin erscheint. Auch zu Injektionszwecken eignet sich Alival. Es löst sich in nahezu jedem Verhältnis in Wasser. Better prüfte das Alival in Prof. M. Josephs Poliklinik für Hautkrankheiten hinsichtlich seiner klinischen Verwendbarkeit. Die 50 proz. wässerige Lösung erwies sich als geeignet zur intramuskulären Injektion, die subkutane Applikation war dagegen schmerzhaft. Es kam niemals nach der intramuskulären Injektion zur Bildung eines Infiltrats, auch traten, abgesehen vom Einstichschmerz, keine Schmerzen auf; als Einstichstelle wurde stets der obere äußere Quadrant der Glutäalgegend gewählt. Nach der Injektion war das Jod bereits nach 10 Minuten im Urin nachweisbar, im Speichel etwa nach einer Stunde. Das Alival bewährte sich vor allem bei tertiärer Lues. B. empfiehlt hierzu eine $66^2/_3$ proz. Lösung aus 2 g Alival und 1 g Wasser; das Volumen dieser 3 g beträgt 2 ccm. 1 ccm der Injektionsspritze enthält demnach 1 g Alival, entsprechend 0,628 g Jod. Man injiziere zuerst 1 ccm der Lösung; wird diese Dosis vertragen, so steigt man auf 2 ccm. Bei manifesten luetischen Symptomen injiziert man zuerst täglich, später jeden zweiten Tag, zuletzt nur einbis zweimal pro Woche. B. faßt seine Erfahrung dahin zusammen, daß Alival ein unschätzbares therapeutisches Hilfsmittel zur Heilung der tertiären Lues ist, allen bisher bekannten Jodpräparaten in bezug auf Heilkraft und Schnelligkeit des Erfolges weit überlegen. R. L.

Dr. **Franz Ertl**, Assistent der Hebammenlehranstalt und Oberösterreichischen Landesfrauenklinik in Linz a. D.: **Zur medikamentösen Behandlung der benignen Metrorrhagien.** (Klinisch-therapeut. Wochenschr., 1915, No. 50.)

Hydrastis wird seit langem geschätzt, besitzt aber einen sehr bitteren Geschmack. Das Rad. Hydrastis canad. dialysat. Golaz titrat. hat diesen Uebelstand zwar bereits vermieden, aber es blieb noch der hohe Preis bestehen, der die ausgiebige Anwendung aller Hydrastispräparate einschränkt. Die chemische Fabrik Zyma A.-G. (Aigle, Schweiz) hat sich bemüht, ein Hydrastispräparat einzuführen, welches auch in bezug auf seine allgemeine Verwendbarkeit allen Wünschen gerecht wird. Dies ist ihr nach Verf. in dem Hydrasenecion Zyma (dialysata Golaz titrat.), einer Verbindung von Hydrastis mit Senecio vulgaris, einem ebenfalls erfolgreichen Hämostaticum, gelungen. Verfassers klinische Erfahrungen mit den ihm von der Fabrik zur Verfügung gestellten Proben von Hydrasenecion Zyma sind günstige. Er hat das Präparat in zahlreichen Fällen von Metrorrhagien und Metropathien hämorrhagischer Natur verwendet, und zwar bei: Endometritis haemorrhagica, Metritis chronica, Metrorrhagie bei Myomen, Metrorrhagien infolge entzündlicher Adnexerkrankungen. Das Mittel erwies sich als vollwertiger Ersatz des Extract. Hydrast. canad. fluid., ja übertraf vielfach noch dessen Wirkung und hat einen weniger unangenehmen Geschmack als Hydrastis canadensis. Als Dosis wurden dreimal 20 bis 30 Tropfen pro die je nach der Stärke der Blutungen verordnet. Bei profuser Menstruation wurde das Mittel am besten 8 Tage vor dem zu erwartenden Eintritt und während der Menses gegeben. Eine schädliche Wirkung wurde niemals beobachtet, namentlich die Magenfunktion wurde in keiner Weise gestört. Es kamen die Blutungen in den meisten Fällen prompt 2—3 Tage nach der Verabfolgung zum Stillstand. Die Dauer der Menstruation wurde dadurch verkürzt und das blutungsfreie Intervall verlängert. Kr.

III. Tagesgeschichte

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Königsberg i. Pr. Dr. G. Rosenow hat sich für innere Medizin habilitiert.

Kiel. Im Alter von 70 Jahren starb der Privatdozent der Rhinolaryngologie Geh. Sanitätsrat Prof. Dr. Eduard Paulsen.

Heidelberg. Der Privatdozent der Augenheilkunde Dr. Martin Zade hat den Titel „außerordentlicher Professor" erhalten.

Tübingen. Dr. Wilhelm Hartert hat sich für Chirurgie habilitiert.

Metz. Dem Leiter der bakteriologischen Anstalt für Lothringen Dr. A. Hirschbruch ist der Professortitel verliehen worden.

Lemberg. Dr. Adam Czyzewicz hat sich für Frauenheilkunde habilitiert.

Genf. Der Professor der Chirurgie Dr. Ch. Girard ist gestorben.

Kongreß- und Vereinsnachrichten.

Berlin. Der **Kongreß für innere Medizin** findet, wie bereits früher gemeldet, in diesem Jahre in Warschau statt. Auf der Tagesordnung des am 1. und 2. Mai stattfindenden Kongresses stehen für den ersten Tag folgende Referate (die Berichterstatter daneben in Klammern): über Abdominaltyphus (v. Krehl und Hünermann), Paratyphus (Stintsing), Herzkrankheiten bei Kriegsteilnehmern (Wenekebach), Nierenentzündung im Felde (Hirsch). Am zweiten Tage werden besprochen Fleckfieber (Brauer), Biologie der Laus (v. Hase), Schutz des Heeres gegen Cholera (Hofmann), Ruhr (Matthes, Kruse). Im Anschluß an die Sitzungen werden Führungen durch die ständigen und kriegsmäßigen medizinischen und sanitären Einrichtungen und Anstalten Warschaus veranstaltet. Zur Teilnahme an der Tagung sind berechtigt die Militär- und Zivilärzte, welche dem Deutschen Reiche und den verbündeten Staaten angehören. Für Militärärzte, wozu auch die vertragsmäßig angestellten Aerzte gehören, bedarf es eines Ausweises ihrer vorgesetzten Dienstbehörde. Zivilärzte müssen bis spätestens 1. April ihre Teilnahme beim Sekretär des Kongresses, Prof. Weintraud in Wiesbaden, anmelden unter Angabe von Namen, Staatsangehörigkeit, Wohnort und Adresse; sie erhalten dann von der Paßzentrale des Generalgouvernements den Passierschein zugesandt. Außerdem bedürfen sie eines Passes, den sie bei der Polizeibehörde ihres Wohnortes zu beantragen haben. Ueber Fahrtermäßigungen für nicht dienstlich Beauftragte sowie für Zivilärzte schweben zurzeit noch Verhandlungen. Im eigenen Vorteil der militärärztlichen Teilnehmer liegt es, die voraussichtliche Teilnahme bis spätestens 15. April beim Sekretär des Kongresses anzumelden, da sonst die Beschaffung von Wohnungen Schwierigkeiten bereitet.

Verschiedenes.

Berlin. Auf das **Preisausschreiben** des Vereins Deutscher Ingenieure für einen **Arbeitsarm** sind 60 Bewerbungen eingegangen, die den Anforderungen des Ausschreibens genügten. Das Preisgericht hat den ersten Preis nicht erteilt. Der zweite und dritte Preis von insgesamt 5000 Mark wurde geteilt, und zwar erhielten je 2500 Mark Emil Jagenberg-Düsseldorf und Felix Meyer-Rotwerke in Aachen. Ferner wurde ein Preis von 1500 Mark Gerber-Wien, ein solcher von je 1000 Mark G. Rosenfeld-Nürnberg, E. Spickermann-Siegen und K. Rath-Budapest zuerkannt. Für 11 Konstruktionen wurde in Anerkennung einzelner entwickelungsfähiger Grundgedanken ein Preis von insgesamt 5400 Mark gewährt.

IV. Amtliche Mitteilungen.

Personalia.

Preußen.

Auszeichnungen: Roter Adlerorden 3. Kl.: Herzogl. sächs. Geh. Reg.-Rat und Ob.-Med.-Rat Dr. P. Philipp in Gotha.

Kreuz des Herzogl. Sachsen-Meiningisch. Ehrenzeichens für Verdienst im Kriege am Bande für Nichtkombattanten: Ober-Stabsarzt a. D. Dr. Friedheim in Berlin, Geschäftsführer des Vaterländischen Frauenvereins (Hauptvereins), Oberarzt Dr. Kohlmeyer in Breslau.

Prädikat „Professor": Priv.-Doz. in der medizinischen Fakultät und Oberarzt an der chirurgischen Klinik der Universität in Kiel Dr. H. Zoeppritz, Priv.-Doz. in der medizinischen Fakultät und Leiter des Instituts für Strahlentherapie ders. Universität Dr. Hans Meyer.

Versetzt: Kreisarzt Med.-Rat Dr. Konrad Schroeder von Weißenfels nach Marggrabowa.

Ernannt: Kreisarzt Dr. N. Dorsch in Herzberg a. E. zum Gerichtsarzt in Essen (Ruhr), Dr. G. Lorentzen in Gevelsberg i. W. zum Kreisassistenzarzt in Erkelenz.

Verzogen: Dr. Arnold Alexander von Berlin-Schöneberg nach Berlin-Lankwitz, Dr. H. Junglöw von Zehlendorf nach Berlin-Steglitz.

Verzogen ohne Angabe des neuen Wohnortes: Dr. H. Dünschmann von Frankfurt a. O., Dr. Ernst Jacoby von Stettin.

Gestorben: H. Lülfing in Eberswalde, Dr. W. Marquordt in Beelitz, Dr. H. Ackermann in Stettin, Dr. A. Hafen in Salzwedel, Kreisarzt Med.-Rat Dr. O. Wege in Gummersbach.

Bayern.

Niedergelassen: Dr. K. O. Jaenicke in Burghaslach.

Verzogen: Dr. Hartmann von Birnbach nach Rotthalmünster, Dr. Kretzschmar von Pfarrkirchen nach Rotthalmünster, F. Reischle von Augsburg nach München, Dr. J. G. Röhns von München nach Wartenberg.

Gestorben: Generaloberarzt a. D. Dr. G. Fikentscher in Augsburg, Dr. N. Steger in Rotthalmünster.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: San.-Rat Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil S. Caspari, Berlin-Schöneberg
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW. 68, Alexandrinenstraße 110.

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7 a — Fernsprecher Steinplatz 105 56

85. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Referate.

Innere Medizin.

1. Dr. **Erich Leschke**, Assistent der II. Medizin. Universitätsklinik der Charité in Berlin: **Die Dosierung des Optochins und seine Anwendung bei Pneumonie und anderen Pneumokokkeninfektionen.** (Deutsche med. Wochenschr., 1915, No. 46.)

2. Privatdozent Dr. **A. Bacmeister**, leitender Arzt am Sanatorium für Lungenkranke in St. Blasien: **Die Kupierung von Pneumokokkeninfektionen bei tuberkulös Lungenkranken durch Optochin.** (Münch. med. Wochenschr., 1916, No. 1.)

Leschke (1) sieht im Optochin eine wertvolle Bereicherung unseres therapeutischen Rüstzeuges im Kampfe gegen die Pneumokokkeninfektionen. Unerläßliche Vorbedingung für ersprießliche Weiterarbeit ist aber die richtige Dosierung und Anwendung des Mittels, die er darum in den Mittelpunkt seiner Ausführungen stellt. Sie ist sowohl für die Wirksamkeit des Mittels wir für die Vermeidung unliebsamer Nebenwirkungen von ausschlaggebender Bedeutung, unter denen an erster Stelle die vorübergehende Schwächung des Sehvermögens, die bis zur Erblindung führen kann, ferner Verschlechterung des Gehörs und Ohrensausen zu nennen sind. Wie gestaltet man nun praktisch die Dosierung des Optochins am besten? Es ist klar, daß die Gefahr der Nebenwirkungen um so größer ist, je stärker und je plötzlicher die Konzentration des Optochins im Blute zunimmt. Eine solche plötzliche und starke Zunahme kann man nun durch zwei praktisch sehr wichtige Maßnahmen verhindern, nämlich 1. durch die kontinuierliche Verabreichung kleiner Einzeldosen, 2. durch die Anwendung der schwerlöslichen Verbindungen (Optochinbase und Optochinsalizylsäureester) statt des leichtlöslichen salzsauren Optochins. In der Tat sind in der bisher vorliegenden Literatur bei dieser vorsichtigen Art der Dosierung keine Nebenwirkungen beschrieben worden. L. gibt 10 mal täglich 0,2 g Optochinsalizylsäureester in zweistündigen (nachts vierstündigen) Intervallen. Auf diese Weise kann man die Behandlung unbedenklich viele Tage lang fortsetzen, ohne unliebsame Nebenwirkungen befürchten zu brauchen. Bei der Optochinbehandlung der Lungenentzündung fällt am meisten in die Augen die günstige Beeinflussung des Allgemeinbefindens und die in den meisten Fällen rasch eintretende Entfieberung. Die günstige Beeinflussung des Allgemeinbefindens äußert sich auch bei schwerkranken Patienten im Verschwinden der Unruhe und Linderung der Atemnot. Die Entfieberung tritt häufig schon am zweiten bis fünften Krankheitstage ein. Von grundlegender Bedeutung für den Erfolg der Behandlung ist der Beginn derselben möglichst innerhalb der allerersten Krankheitstage. Darum ist es notwendig, streng zwischen Frühfällen und Spätfällen zu unterscheiden. Verf. hat in Form einer tabellarischen Uebersicht die bisherigen Ergebnisse der Optochinbehandlung, soweit sie in der Literatur niedergelegt sind, zusammngestellt. Dabei hat er die Frühfälle bis zum dritten Tage einschließlich nach Krankheitsbeginn gerechnet. Das wesentliche Ergebnis dieser Zusammenstellung besteht darin, daß von 204 mit Optochin behandelten Frühfällen fast ¾, nämlich 74 Proz., günstig beeinflußt worden sind; von 118 Spätfällen dagegen nur ⅓ (35 Proz.). Die Mortalität der Frühfälle beträgt 5 Prozent, die der Spätfälle 20 Proz. — Für die Behandlung der Pneumokokkensepsis kommen zwei Wege der Optochinanwendung in Betracht, die intravenöse Injektion und die Einverleibung per os. Verf. hat den zweiten Weg, die Anwendung des Optochins per os, beschritten und bisher 5 Fälle von Pneumokokkensepsis mit Optochin behandelt. Davon sind 3 erst 1—2 Tage vor dem Eintreten des Todes in schwerstem Zustande in Behandlung gekommen. 2 Fälle, die bald nach Ausbruch der Erkrankung spezifisch behandelt werden konnten, sind geheilt worden. — Bei der Pneumokokkenmeningitis geschieht die Anwendung des Optochins zweckmäßig auf zweierlei Weise, einmal per os, wie oben angegeben, und zweitens intradural zu 20—40 ccm einer ½ proz. Lösung. Die Erfahrungen sind bisher nur sehr spärlich. Verf. hat in seiner Klinik erst einen Fall mit intralumbaler Injektion einer Lösung 1:300 behandelt, der bald darauf gestorben ist. Daß die intradurale Injektion einer ⅓- bis ½ proz. Lösung reaktionslos vertragen wird, haben auch Beobachtungen an anderen Fällen (Pneumonie und Genickstarre) gelehrt. Dagegen ist es Siegfried Wolff und Walther Lehmann gelungen, eine schwere Pneumokokkenmeningitis nach Pneumonie und Otitis bei einem achtmonatigen Kinde zur Ausheilung zu bringen. Und zwar wurde das Optochin intralumbal, intraventrikulär und subkutan injiziert, nachdem viertägige intralumbale Serumbehandlung erfolglos gewesen war. Es wurden intralumbal 0,03 g in 10 ccm einer ⅓ proz. Lösung, intraventrikulär 0,07 g in 5 ccm einer 1,4 proz. Lösung (!) injiziert und reaktionslos vertragen. — Nachdem L. zuerst über gute Erfolge mit der Optochinbehandlung der Pneumokokkenangina berichtet hat, ist diese Behandlung auch von anderen Aerzten mit günstigem Ergebnis angewandt worden. Die Dosierung ist ebenso zu gestalten wie bei der Pneumonie, also 10 mal 0,2 g Ester täglich. — Ein günstiges Feld für die lokale Anwendung des Optochins bietet auch die durch Pneumokokken hervorgerufene Mittelohrentzündung. Und zwar hat sich Verf. am besten die Einträufelung einer konzentrierten (10—20 proz.) Lösung des salzsauren Salzes in destilliertem Wasser bewährt. — Bacmeister (2) berichtet über 6 Fälle von Kupierung von Pneumokokkeninfektionen bei tuberkulös Lungenkranken durch Optochin. Tuberkulös Lungenkranke sind bekanntlich besonders durch Pneumokokkeninfektionen gefährdet. Jede akute Bronchitis dieser Art kann eine zur Latenz gekommene Lungentuberkulose wieder aufrühren, oder eine chronisch progrediente Phthise zur schnellen Entwicklung veranlassen. Als Dosis gab Verf. von dem Optochinum hydrochloricum zweistündlich 0,2 g, aber im ganzen nie über 2 g. Mit dieser Menge ist Verf. stets

ausgekommen. Toxische Nebenerscheinungen hat er bei seinen Patienten nicht gesehen, mit Ausnahme des ersten Falles, bei dem am 2. Tage nach der ersten Optochindarreichung eine ca. 12 Stunden anhaltende allgemeine Urticaria auftrat. Sehstörungen wurden nicht beobachtet. Im Gegensatz zu diesen guten Resultaten bei Pneumokokkeninfektionen versagte das Optochin bei höherem tuberkulösen Fieber vollkommen.

Dr. **Moriz Biach** (Wien): **Die Tuberkulinbehandlung der Frühlues.** (Wiener klin. Wochenschr., 1915, No. 49.)

Wir haben durch Wagner die Tatsache kennen gelernt, daß die Erzeugung von Fieber die früher für metaluetisch gehaltenen Nervenkrankheiten günstig beeinflußt. Da wir heute wissen, daß wir von einer Metalues sensu strictiori nicht sprechen können, sondern daß es sich bei der bezeichneten Erkrankung um eine Spätlues mit positivem Spirochaetenbefunde handelt, lag der Gedanke nahe, die Methode auch bei Frühlues zu versuchen. Es wurden zu diesem Zwecke nur Patienten herangezogen, die mit oder ohne Erscheinungen von sekundärer Syphilis jedenfalls positiven „Wassermann" hatten, um die Abortion nicht zu versäumen. Bei den abortierten Fällen sollte das Tuberkulin nur zur Unterstützung des Salvarsans dienen. Zunächst nahm Verf. Patienten mit einem reichlichen makulösen Exanthem vor, in den meisten Fällen zeigte sich schon infolge des hervorgerufenen Fiebers am nächsten Tage ein Röterwerden der Flecke, doch war der weitere Verlauf von dem der anderen Patienten nicht wesentlich abweichend, welche bloß Quecksilber ohne Tuberkulin erhielten; allerdings fiel Verf. auch hier schon eine Verkleinerung der Skleradenitis auf. In weiterer Folge wurden die Fälle mit rein papulösem Exanthem herangezogen, neben diesen solche mit papulo-pustulösen und exulzerierten Papeln beim Erstlingsexanthem. Hier waren die Erfolge überraschend, schon nach der ersten Injektion — Alttuberkulin Koch 0,01 — konnte man den Involutionsprozeß deutlich verfolgen; nach der zweiten Injektion haftete die eingetrocknete Borke nur im Zentrum der Effloreszenzen, nach weiteren zwei Injektionen und dabei acht bis zehn Quecksilbereinreibungen waren die Narben krustenfrei und epithelisiert. Das rein papulöse Exanthem war nach drei bis vier Tuberkulininjektionen involviert und auf Pigment zurückgegangen. Neben dem Rückgang des Exanthems war es Verf. aufgefallen, daß sich die durch Sklerosen hervorgerufenen Phimosen, deren Reposition wir gewöhnlich erst nach der dritten Salvarsaninjektion zu sehen gewohnt sind, schon nach der ersten Tuberkulininjektion erweichten, das hervorquellende Sekret wurde sehr spärlich; nach der dritten oder vierten Tuberkulininjektion, natürlich stets in Kombination mit Quecksilber, sechs bis acht Einreibungen, konnte Verf. in den meisten Fällen die Vorhaut völlig reponieren und die in Ueberhäutung begriffene Sklerose der Therapie zugänglich machen. Kr.

Prof. **W. Scholtz** (Königsberg i. Pr.): **Verbreitung, Bekämpfung und Behandlung der Haut- und Geschlechtskrankheiten im Kriege.** (Deutsche med. Wochenschr., 1915, No. 25.)

Bezüglich der Hautkrankheiten stellt Verf. fest, daß er so gut wie nicht seltenere Hautkrankheiten bei Kriegsteilnehmern beobachtet hat. Bezüglich der Geschlechtskrankheiten bemerkt er, daß durch den Krieg nicht nur keine Zunahme der venerischen Krankheiten in der Gesamtbevölkerung zu befürchten ist, sondern daß infolge der während des Krieges eingetretenen Sanierung der unverheirateten Männerwelt die Aussicht besteht, durch zweckmäßige Maßnahmen nach dem Friedensschluß eine Abnahme der venerischen Krankheiten im ganzen Volk herbeizuführen. Eine Zunahme venerischer Erkrankungen während des Krieges gegenüber der Friedenszeit steht zunächst nur für die verheirateten Mannschaften fest; nach Verfassers Beobachtungen sind ein Drittel aller venerisch Erkrankten verheiratete Männer. Was nun die Behandlung anlangt, so empfiehlt Verf. bei der Syphilis von Kriegsteilnehmern mit Salvarsan besonders vorsichtig zu sein. Leute, die aus dem Felde kommen, scheinen empfindlicher gegen die Salvarsanbehandlung zu sein, als es sonst der Fall ist. Verf. hat zwei Todesfälle nach Salvarsan bei Kriegsteilnehmern erlebt. In beiden Fällen handelte es sich um Leute mit scheinbar ganz gesunden Organen. Die Kranken hatten in Pausen von 5—8 Tagen Injektionen von 0,3 bezw. 0,4 Neosalvarsan erhalten, und 2 Tage nach der dritten Injektion war dann ganz unvermittelt der bekannte Symptomkomplex der Encephalitis haemorrhagica aufgetreten. Die Sektion ergab in beiden Fällen eine auffallend enge Aorta, und in einem Falle eine recht große Thymusdrüse, was möglicherweise eine begünstigende Rolle gespielt hat. Verf. beschränkt seit dieser Erfahrung im Lazarett die Salvarsanbehandlung wesentlich auf primäre Lues, bei der auch mit verhältnismäßig kleinen Dosen ziemlich häufig abortive Heilung erzielt wird, und bei sekundärer Lues auf verheiratete Leute, während er sonst bei sekundärer Lues in der Regel nur Quecksilber anwendet. — Bei der Behandlung der Gonorrhoe hat Verf. nach Neissers Vorschlag in ausgedehntem Maße die 6 proz. Protargolsalbe Novinjektol angewendet. Die besten Resultate wurden durch eine Kombination dieser Salbe mit der Injektion von Silbersalzen, besonders stärkerer Ichtharganlösung erzielt. Meist verfährt Verf. jetzt in folgender Weise: 6—8 Tage wird mit Ichthargan, die ersten 3—4 Tage 0,2:300, die nächsten 3 bis 4 Tage 0,2:200, 5 mal täglich 5—10—12 Minuten lang behandelt, dann folgt 3 Tage lang 3 mal täglich Salbenbehandlung mit Tamponadeverschluß — 4 ccm Salbe werden eingespritzt und darauf ein kleiner Wattebausch vor die Harnröhrenmündung in den Vorhautsack eingelegt — und schließlich wird noch 2—3 Tagen mit Ichthargan- oder Argent. nitric.-Lösung nachgespritzt. Die gesamte Behandlung dauert dann etwa 14 Tage. Bei dieser Behandlung traten in über 20 Proz. der Fälle Rezidive — aber fast niemals Komplikationen auf. R. L.

Dr. **L. Paneth**: **Zur Verhütung von Laboratoriumsinfektionen.** (Med. Klin., 1915, No. 51.)

Prof. K. Kisskalt hat kürzlich eine in mehrfacher Richtung interessante Zusammenstellung von Laboratoriumsinfektionen mit Typhusbazillen veröffentlicht. In den letzten Punkten seiner Arbeit berührt der Verfasser auch die Frage des Schutzes gegen derartige Infektionen; er äußert sich darüber sehr resigniert. Für den Wert der Typhusimpfung läßt sich aus dem Material ein günstiger Schluß jedenfalls nicht ziehen. Und daß irgendwelche nach geschehener Infektion getroffene Maßnahmen erfolgreich gewesen wären, kann ebenfalls nicht behauptet werden. Einigen Fällen, in denen nach Ausspülen mit Desinfizientien, Kauen von rohen Aepfeln, Kalomeltherapie usw. eine Erkrankung ausblieb, stehen zahlreiche andere gegenüber, in denen die energischste Anwendung derartiger Methoden völlig erfolglos blieb. Die technische Sicherung durch den Wattestopfen ist keineswegs genügend, abgesehen von der Gefahr, die dann entsteht, wenn man an derartig versicherte Pipetten gewöhnt ist und die Sicherung einmal versehentlich fehlt (zwei Fälle von Kisskalt). Bei diesem Sachverhalt weist Verf. auf ein einfaches technisches Hilfsmittel hin, dessen Anwendung genügt hätte, um einen sehr großen Teil der von Kisskalt mitgeteilten Infektionen zu vermeiden. Bei der Durchsicht seiner Daten fällt nämlich sofort auf, ein wie großer Prozentsatz der Unglücksfälle durch Aufsaugen infektiösen Materials beim Pipettieren zustande gekommen ist. Die vielfach übliche Art des Pipettierens mit Mund und Finger bietet, wenn pathogene Bakterien im Spiel sind, zwei bedenkliche Infektionsquellen: erstens das versehentliche Aufsaugen infektiösen Materials, zweitens die Verunreinigung des Mundstückes mit dem eigenen Finger oder auf andere Weise. Beiden Gefahren entgeht man mit Sicherheit, wenn man mit Gummiballon pipettiert. Auch wenn man mit Gummischlauch und Glasmundstück pipettiert, wird die erste Gefahr mit größter Wahrscheinlichkeit, die zweite mit Sicherheit vermieden.

Prof. Dr. **I. Boas** (Berlin): **Meine Erfahrungen über die Behandlung der Cholelithiasis.** (Die Therapie der Gegenwart, Dezember 1915.)

Die innere Medizin kann in der Behandlung der Cholelithiasis drei Aufgaben erfüllen: 1. Die Kupierung des Anfalls. 2. Die Schaffung eines Latenzstadiums. 3. Die Bekämpfung oder Beseitigung. — 1. Was die Kupierung des Anfalls betrifft, so gilt es als unverbrüchliche Regel, jeden einigermaßen schweren Anfall von Cholelithiasis sofort mit einer kräftigen Morphiumdosis (eventuell unter Zusatz von Atropin) zu bekämpfen. Unter dem Gesichtspunkte der humanen Indikation betrachtet, ist dies richtig, vom Standpunkt der Krankheitsindikation betrachtet dagegen ist die Behandlung mit krampfstillenden Mitteln die wirksamste Methode, dem Bestreben der Natur, sich des Fremdkörpers oder der Fremdkörper zu entledigen, entgegenzuarbeiten. Wenn dieser Standpunkt anerkannt wird, so erwächst daraus für die Therapie des Anfalls die Aufgabe, erträgliche Attacken überhaupt nicht mit narkotischen Mitteln zu behandeln, sondern sich auf andere palliative Mittel (heiße Umschläge, heiße Tees und andere) zu beschränken, schwerere dagegen mit den kleinsten, eben noch wirksamen narkotischen Mitteln zu bekämpfen. Subkutane Morphiuminjektionen sollten nur in schweren Fällen und nie in größeren Dosen wie 1 bis 2 cg appliziert werden. Außerordentliche Dienste hat Verf. die lokale Blutentziehung geleistet in Gestalt von Skarifikationen in der Gallenblasengegend. Um die Blutung zu unterhalten, setzt man auf die skarifizierten Partien je einen Bierschen Saugnapf. Auf diese Weise entleert man mit Leichtigkeit 50—100 g Blut. Diese lokalen Blutentziehungen sind überall da indiziert, wo es sich um eine akute Cholecystitis oder überhaupt um eine akute und tagelang bestehende und von heftigen Schmerzen begleitete Leberanschwellung handelt. Es ist geradezu erstaunlich, sagt Verf., wie die von heftigsten Beschwerden Geplagten nach einer solchen Blutentziehung am nächsten Tage nach der Blutentleerung völlig beschwerde- und schmerzfrei ihrem Berufe nachgehen können. — 2. Die

Schaffung des Latenzstadiums. Ein spezifisches Heilmittel zur Erzielung des Latenzstadiums existiert nicht. Immerhin gibt nur ein eingehendes Studium der auslösenden Bedingungen der Gallensteinanfälle wichtige Anhaltspunkte für eine methodische Verhütung derselben. Dazu gehört einmal die Erfahrung, daß weitaus die meisten Gallensteinkranken an mehr oder weniger ausgesprochener habitueller Obstipation leiden. Die erste und wichtigste therapeutische Indikation besteht daher in der zielbewußten Regelung der Darmtätigkeit. Der zweite Punkt betrifft die Funktionszustände des Magens. Zweifellos ist es daß mit Gallensteinleiden Funktionsstörungen des Magens weit häufiger einhergehen, als man es anzunehmen pflegt. Verf. erwähnt hiervon besonders die Achylia gastrica, die, wie wir es von den gastrogenen Diarrhöen wissen, als solche symptomlos bleiben kann. Das gleiche ist nun bei der Cholelithiasis der Fall. Sie macht auch bei dieser keine Symptome, wohl aber gibt sie bei geeigneter Disposition Veranlassung zur Etablierung von Gallensteinanfällen dadurch, daß unverdaute wie halbverdaute Ingesta in das Duodenum gelangen und hierdurch entweder mechanisch eine Kompression des Ductus choledochus bewirken oder zur Einwanderung von Mikroben in die Gallenwege Veranlassung geben. Jedenfalls sollte in Zukunft bei den Indikationen für die Therapie der Cholelithiasis das Verhalten des Magens weit mehr in den Kreis der Beobachtung gerückt werden, als dies bisher der Fall war. Für Verf. steht die diätetische Behandlung der Cholelithiasis im Vordergrund der Therapie. Welches auch immer die Funktionsstörungen des Magens sein mögen, immer wird es oberstes Gesetz sein, kopiöse Mahlzeiten streng zu verbieten und ganz besonders abends. Damit sind schon die wichtigsten Grundbedingungen für Schaffung eines Latenzstadiums gegeben. Alles, was hinzukommt, dient eigentlich nur zur Vervollständigung und Ergänzung dieser therapeutischen Grundfaktoren. Hierzu eignen sich praktisch am besten die verschiedenen Mineralwässer. Der Wert der Mineralwasserbehandlung in den in Frage kommenden Kurorten ist im wesentlichen ein erzieherischer. Die Dauerkuren mit Mineralwässern haben den großen Vorteil, daß die Kranken während derselben aus traditioneller Scheu vor Diätfehlern in Verbindung mit Trinkkuren sich einer vorsichtigen und geregelten Lebensweise befleißigen. Jedenfalls bieten nach Verfassers Erfahrungen die genannten Dauerkuren die allergünstigsten Chancen für die Schaffung des Latenzstadiums. Ganz anders liegen die Verhältnisse, wenn die Konkremente aus der Gallenblase ausgetreten sind und den Ductus choledochus obturieren oder wenn es sich um schwer entzündliche Prozesse in der Blase oder den Gallengängen handelt. Was die erstgenannte Komplikation betrifft, so steht Verf. hier der inneren Therapie sehr skeptisch gegenüber. Verf. zweifelt, ob es ein irgendwie aussichtsreiches Verfahren gibt, die Choledochuskonkremente zum Verlassen ihres Schlupfwinkels zu bewegen. Etwas günstiger liegen die Verhältnisse bei den katarrhalischen oder eitrigen Entzündungen der Gallenblase (Cholecystitis, Empyem) oder der Gallenwege. Ausgedehnte Beobachtungen haben Verf. gelehrt, daß Cholecystiden von anscheinend deletärem Charakter, selbst mit hohem Fieber und Schüttelfrösten, zur Ausheilung kommen können, wahrscheinlich auf dem Wege der Selbstdrainage. Oft ist aber diese Drainage keine vollkommene, es bleiben kleine Eitermengen zurück, die bei irgendeiner Veranlassung zu neuen entzündlichen Eruptionen führen können. Soviel unterliegt keinem Zweifel: Leichte Fälle von einfacher katarrhalischer oder seropurulenter Cholecystitis gelangen bei geeigneter Therapie in der Regel zur Ausheilung. Die Behandlung ist eine exspektative und besteht im wesentlichen in vorsichtiger, langsam avancierender Diät, Eisblase auf die Lebergegend und, falls notwendig, kleinen Mengen narkotischer Mittel. Für die schwierigeren, mit Fieber und Schüttelfrösten einhergehenden Fälle von Cholecystitis oder Cholangitis hält Verf. die systematische Kalomelbehandlung für ein ausgezeichnetes Verfahren, unter deren Gebrauch er eine große Zahl schwerer, anscheinend hoffnungsloser Fälle zur Heilung kommen sah. Verf. versteht dabei unter systematischer Kalomelbehandlung nicht etwa die zwei- oder dreitägige Anwendung des genannten Mittels, sondern dessen fortgesetzte Darreichung während mindestens vier Wochen. Weniger gefährlich, aber therapeutisch unfruchtbar, sind die Fälle von chronischer Cholecystitis und die schwer diagnostizierbaren Fälle von Verwachsungen der Gallenblase mit Nachbarorganen. — Die vorstehenden Erörterungen sollen zeigen, daß der inneren Behandlung der Cholelithiasis und deren Komplikationen ein weiter Raum zugemessen werden muß. Sie zeigen aber auf der anderen Seite, daß der inneren Behandlung auch Grenzen gesteckt sind, die wir im Interesse der Kranken beständig im Auge haben müssen. Dabei wendet Verf. sich grundsätzlich gegen den Standpunkt, es in allen, wie auch immer gelegenen Fällen, erst einmal mit der inneren Therapie, etwa mit Gallensteinmitteln oder Brunnenkuren zu probieren. Wir müssen uns vielmehr möglichst von vornherein ein Urteil zu bilden suchen, ob im gegebenen Falle das innere Verfahren ein aussichtsvolles ist oder nicht. Auf Grund der Besprechung der einzelnen Formen der Cholelithiasis und ihrer Komplikationen ist die Stellung der Indikationen zum chirurgischen Eingriff im allgemeinen nicht schwer zu entscheiden.

Dr. S. Gutmann und **Dr. L. Wolf** (Berlin): **Wie beeinflussen Aderlässe den Reststickstoffgehalt des Blutserums von Urämikern?** (Deutsches Arch. f. klin. Medizin, Bd. 118, H. 2.)

Widal und H. Strauss haben zuerst die Eiweißschlackenretention im Blutserum von Nephritikern mit modernen chemischen Methoden festgestellt und die große prognostische Bedeutung dieses Symptoms richtig bewertet. Im Gegensatz hierzu besteht aber bis heute völlige Unklarheit und Meinungsverschiedenheit über die therapeutischen Indikationen, welche sich aus der Rest-N-Bestimmung im Blutserum bei Nephritikern und Urämikern ergeben. Exakte Untersuchungen, die allein Aufschluß geben könnten über die theoretisch ebenso interessante wie praktisch wichtige Frage, wie das Verhalten des Rest-N bei Urämikern durch die verschiedenen therapeutischen Maßnahmen beeinflußt wird, finden sich in der Literatur nur sehr spärlich. Um diese Lücke auszufüllen, haben die Verff. nun an 20 urämischen Patienten der 1. inneren Abteilung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses, bei denen der klinischen Lage nach ein Eingriff angezeigt schien, 22 Aderlässe und bei einigen Patienten NaCl- oder Traubenzuckerinfusionen teils allein, teils in Verbindung mit dem Aderlaß ausgeführt. Bei allen wurde der Rest-N des Blutserums beim Beginne des Eingriffs, sowie zwei resp. drei Stunden nachher bestimmt und der klinische Erfolg des Eingriffs kontrolliert. Aus der Tabelle der Verff. geht hervor, daß, gleichgültig, ob der Eingriff einen klinischen Erfolg hatte oder nicht, der Rest-N-Gehalt der Urämiker vor und nach der Behandlung nur in geringen Grenzen schwankte. Dies erscheint bei kleinen Aderlässen leicht verständlich, da hier die geringe Menge des entfernten Blutes im Vergleich zur Gesamtmenge sich kaum deutlich ausprägte und selbst leichte Steigerungen noch in den Bereich der Untersuchungsfehlerquellen fallen könnten. Auffällig dagegen wird der Befund bei großen Aderlässen von 500 ccm, und noch mehr bei Maßnahmen, welche die Flüssigkeitsverhältnisse im Organismus stark verschieben mußten. So wurden an einen Aderlaß von 350 resp. 300 ccm intravenöse Infusionen von 250 resp. 750 ccm isotonischer Traubenzuckerlösung resp. eine subkutane Infusion von 1100 ccm physiologischer NaCl-Lösung angeschlossen. Auch diese Fälle brachten keine nennenswerte Herabsetzung des Rest-N-Gehaltes im Serum, sondern eher noch eine leichte Steigerung. Auffälligerweise kamen solche Steigerungen des Rest-N-Gehalts verhältnismäßig oft zur Beobachtung, und zwar fanden die Verff. bei 22 Untersuchungen 14 mal Steigerungen und 8 mal Senkungen. Die 9 von einem Erfolg begleiteten Eingriffe zeigten sogar 6 mal Steigerungen und 3 mal Senkungen. Alle diese Veränderungen hielten sich aber in engen Grenzen, und nur 3 Fälle im ganzen zeigten eine Schwankungsbreite von mehr als 20 Prozent. Das Blutserum der Urämiker hält demnach mit großer Hartnäckigkeit seine Rest-N-Konzentration fest. Die häufige Neigung zur Steigerung des Rest-N-Gehalts im Blut nach Aderlässen läßt sich nach Verff. aus einer Ausschwemmung der retinierten Eiweißschlacken aus den Geweben in das Blutserum erklären, so daß nicht nur die alte Konzentration des Blutes wiederhergestellt, sondern sogar über das frühere Maß gesteigert wird. Es muß dann oft schon eine Entlastung der Gewebe, speziell des Zentralnervensystems, genügen, um die urämischen Symptome zum Verschwinden zu bringen. Vergleicht man die Fälle, welche eine Besserung nach den Aderlässen zeigten, so findet man, daß von einer einheitlichen Art der Nierenerkrankung bei ihnen keine Rede sein kann.

Dr. Georg Eisner: Wirkung des Atophans auf die Nierenfunktionen. (Deutsches Archiv f. klin. Med., Bd. 118, H. 2.)

In einer früheren Arbeit aus dem Jahre 1913 hat Verf. im Anschluß an Untersuchungen über die Wirkung der Kalksalze auf die Nierenfunktionen die Analogien auseinandergesetzt, die zwischen Kalksalzen und Atophan bestehen. Verf. dachte, daß auch in der Wirkung auf die Funktionen der Niere sich Analogien herausstellen könnten. Weintraud hat schon immer eine spezifische Nierenwirkung des Atophans angenommen. Verf. hatte nun seinerzeit beim Abschluß der Kalkversuche erst in einem Fall die Atophanwirkung auf die Niere mit Hilfe von Funktionsprüfungen vor und nach den Atophangaben untersucht und in diesem Fall deutliche Funktionsbesserungen feststellen können. Die Versuche sind fortgeführt worden. Es stehen ihm jetzt 7 weitere Fälle, zusammen also 8, zur Verfügung. In 4 Fällen wurden umfangreichere Untersuchungen neben einfacheren Funktionsprüfungen angestellt, um den Ein-

fluß des Atophans zu erkennen, in 4 Fällen wurden nur leichter auszuführende Funktionsprüfungen durchgeführt (JK-, Milchzucker-, Farbstoffausscheidung). Die Ergebnisse, die aus den 8 Fällen vorliegen, sind nun so verschiedenartig und teilweise sich widersprechend, daß Verf. nicht wagt, definitive Schlüsse daraus zu ziehen. Eine sichere Analogie in der Wirkung des Kalkes und des Atophans auf die Nieren ist daher nicht festzustellen. Beim Kalk fand sich eine ziemlich konstante Funktionsherabsetzung. Die Ausscheidung von Kochsalz und Stickstoff war bei Atophandarreichung in mehreren Fällen deutlich vermindert. Nach der Atophanperiode stiegen die Werte wieder an. In einigen Fällen kam es zu einer kompensatorischen Mehrausscheidung. Die Harnsäureausscheidung stieg unter Atophangaben deutlich an. Kr.

Chirurgie.

Dr. **Oscar Orth**, Chefarzt d. chir. Abt. des städt. Krankenhauses, z. Z. Reservelazarett Forbach i. Lothr.: **Ein Vorschlag zur Clavicularfrakturbehandlung.** (Zentralbl. f. Chir., 1916, No. 7.)

Bei der Fraktur des Mittelstückes der Clavicula besteht eine typische Dislokation, die sich aus dem Zusammenwirken zweier Komponenten: Muskelzug und Schwere des Armes erklärt. Beide wirken in entgegengesetztem Sinne aufeinander ein und verhindern so eine Adaptierung der Fragmente. Unter Berücksichtigung obiger Gesichtspunkte ist Verf. in zwei Fällen in folgender Weise vorgegangen: Operation in Lokalanästhesie. 4—5 cm langer Schnitt über der Fraktur, Abheben des Periostes, Umführen eines sehr starken Seidenfadens um den Knochen mittels Deschamps. Durchführen dieses Fadens mittels Umfädeln unterhalb der Operationswunde durch die Haut. Verschluß der Operationswunde mit vier Nähten. Unter Kontrolle des Röntgenschirms werden durch Zug an dem Seidenfaden die Fragmente adaptiert, dann, um sie in der richtigen Lage zu erhalten, 7—8 Pfund an den Faden gehängt. Zur Retraktion der Schulter kann der 1. Streifen des Sayreschen Verbandes angelegt werden. Der Seidenfaden mit dem Gewicht wird durch einen Heftpflasterstreifen auf dem Thorax in richtiger Lage fixiert. Der Pat. geht herum, und darin liegt im Gegensatz zu der Heftpflastergewichtsextension ein großer Vorteil. Außerdem können wir durch Zug stets die Stellung korrigieren. Auch das periphere Ende kann durch Zug nach oben über die Schulter gehoben werden. Die Heilung erfolgt mit vollem Erfolg; der Faden, der nur umschlungen, nicht geknüpft ist, wird herausgezogen.

Dr. **Karl Kolb**, Direktor der chirur. Abt. des städt. Krankenhauses (Vereinslazarett) zu Schwenningen a. N.: **Soll man sich bei Operationen peripherer Nerven der Fascientransplantation bedienen?** (Zentralbl. f. Chir., 1916, No. 6.)

Bei der Nervennaht ist besonders darauf Bedacht zu nehmen, daß die Nahtstelle vor einer Verwachsung mit der Umgebung und vor der dann zu erwartenden Leitungsunterbrechung geschützt wird. Das erreicht man dadurch, daß man die Nervennaht mit den sie umgebenden Weichteilen übernäht, oder durch Tubulisation. Verf. geht hier auf erstere Methode ein und empfiehlt die Umhüllung der Nervennahtstelle mit einem Fettlappen. Von der Anwendung eines Fascienstreifens rät er ab. Benutzung eines Fascienstreifens um die Nervennahtstelle ist ihm sehr bedenklich, da die transplantierte Fascie einer Schrumpfung unterliegt; es ist anzunehmen, daß sich der Fascienring um die Nervennahtstelle verengt und den Nerven drückt, ganz abgesehen von der Möglichkeit einer Verwachsung der Fascie mit dem Nerven. Bei der Neurolyse, sei es, daß der Nerv in einem Bindegewebskallus oder Knochenkallus eingebettet ist, handelt es sich immer darum, den Nerven nach der Befreiung von der intra- und extraneuralen Bindegewebsmasse isoliert zu erhalten. Auch hier ist die Umscheidung des Nerven nach Entfernung des intraneuralen Bindegewebskallus mit einem Fettlappen zu empfehlen. Von der Bildung eines Fascienmuffes sollte man absehen, da von der Fascie sicherlich bindegewebige Prozesse ausgehen, die leicht wieder zu einer intraneuralen Narbe führen und den operativen Erfolg in Frage stellen können.

Privatdozent Dr. **Karl Fritsch** (Breslau), Marine-Ober-Assistenzarzt d. R., stellvertr. Direktor der chir. Universitäts-Poliklinik und des Anscharkrankenhauses in Kiel: **Zur suprapubischen Prostatektomie und deren Nachbehandlung.** (Zentralbl. f. Chir., 1915, No. 49.)

In den letzten Jahren ist die suprapubische Prostatektomie zugunsten der perinealen Methoden mehr und mehr verlassen worden, und zwar wegen Unübersichtlichkeit bei der Operation und Schwierigkeit und Länge der Nachbehandlung. Diese Vorwürfe bestehen nach Verf. nicht zu Recht, sofern man bei der in Lumbalanästhesie auszuführenden Operation und der Nachbehandlung einige wichtige Punkte beachtet. Was zunächst den suprasymphysären Hautschnitt anbelangt, so soll er groß genug sein, um die Stelle der peritonealen Umschlagfalte gut zu übersehen; denn hier muß die Blase eröffnet werden. Blasenschnitte weiter nach dem Blasenhals hin heilen viel schlechter und geben langwierige Harnfisteln, die sogar eine sekundäre Verschlußoperation nötig machen können. Das erklärt sich daraus, daß ein Druck des Harns auf die Blasenkuppe nur bei völlig gefüllter Blase besteht; sich also leicht vermeiden läßt. Geht der Patient erst herum, so erreicht bei mäßiger Blasenfüllung der Harnspiegel die hochangelegte Blasenwunde gar nicht, sie kann also ungestört heilen. Die Ausschälung der Prostata geschieht ohne Augenkontrolle, der Schnitt, der die Blase eröffnet, braucht also nicht groß zu sein. Die Lehrbücher schreiben einen Querschnitt in der Prostatakapsel und eine Ausschälung der Drüse direkt von diesem Schnitt aus vor. Verf. macht einen Längsschnitt durch die Kapsel und noch etwas in die Prostata hinein, bohrt dann den Zeigefinger durch die Prostata hindurch, trennt sie mit dem Finger in zwei Teile und schält sie von der Basis aus heraus. Das Prostatabett muß sorgfältig abgetastet werden unter gleichzeitiger Kontrolle des Präparates mit dem Auge, damit man fehlende Stücke schneller findet. Das kleinste in der Kapsel zurückbleibende Stück der Prostata führt zu langwierigen Blutungen. Besteht der Verdacht, daß Reste zurückgeblieben sind, so legt man einen Dauerkatheter ein und spült häufig. Man spült dann die Reste mit heraus und verhindert außerdem die Bildung von Koagula, die ebenfalls die Blutung unterhalten. Wurde ein Dauerkatheter gelegt, so benutzt Verf. dabei einen Kunstgriff, der die Nachbehandlung erleichtert: durch das Auge des Katheters wird ein dicker Seidenfaden gezogen, durch die Blasen- und Bauchdeckenwunde nach außen geleitet und mit Heftpflaster an der Bauchhaut befestigt. Verstopft sich nun das Auge des Katheters, so braucht man ihn nur an dem Faden ans Tageslicht zu ziehen und kann ihn sicher und bequem reinigen. Beim Katheterwechsel bindet man den neuen Katheter mit seinem distalen Ende an dem Faden fest, zieht den alten Katheter heraus und zugleich den neuen Katheter von der Blase aus durch die Harnröhre in die richtige Lage, ohne daß der Pat. von dem Katheterwechsel viel merkt. Die Blasen- und Bauchdeckenwunde ist nach etwa 6—7 Wochen fest verheilt. Kr.

II. Tagesgeschichte

Standesangelegenheiten, Medizinal-Gesetzgebung, soziale Medizin etc.

Berlin. Der Reichstag hatte im vorigen Jahre den Reichskanzler ersucht, zu veranlassen, daß festgestellt wird, daß die **im Heeresdienst vertragsmäßig angestellten Aerzte** zum aktiven Heere im Sinne des § 38 B Ziffer 2 des Reichsmilitärgesetzes vom 2. Mai 1874 gehören und demgemäß ihnen die den Angehörigen des aktiven Heeres zustehenden Rechte (Steuerfreiheit, Mobilmachungsgelder) ebenfalls gewährt werden. Der Bundesrat antwortete: „Die Zugehörigkeit zum aktiven Heere (§ 38 Reichsmilitärgesetz) hat ein öffentlich-rechtliches Verhältnis der betreffenden Personen zum Heere zur Voraussetzung. Das ist bei den auf Grund eines privatrechtlichen Dienstvertrages angenommenen Zivilärzten nicht der Fall."

Universitätswesen. Personalnachrichten.

Berlin. Als Nachfolger des in den Ruhestand tretenden Geheimrats Prof. Dr. A. Fraenkel ist der bisherige dirigierende Arzt am städtischen Urban-Krankenhause Prof. Dr. Albert Plehn zum Direktor der inneren Abteilung dieses Krankenhauses gewählt worden. Prof. Dr. Plehn hat sich als Tropenpathologe einen Namen gemacht.

— Geh. Sanitätsrat Dr. O. Mugdan, der bekannte Politiker und um die ärztlichen Standesangelegenheiten verdiente Kollege, erhielt das **Eiserne Kreuz** am weiß-schwarzen Bande als Anerkennung für seine Verdienste in der freiwilligen Krankenpflege.

— Der bekannte Neurologe Prof. Dr. Hermann Oppenheim ist von der Kaiserlichen Gesellschaft für Medizin in Konstantinopel zum Ehrenmitglied ernannt worden.

Leipzig. An der hiesigen Universität ist soeben ein **physiologisch-chemisches Institut** errichtet worden, indem die bisherige chemische Abteilung von dem schon bestehenden physiologischen Institut abgetrennt wird. Zum Direktor des neuen Instituts wurde der bisherige Leiter der chemischen Abteilung des physiologischen Instituts Prof. Dr. med. et phil. Max Siegfried unter Beförderung zum ordentlichen Honorarprofessor ernannt. Prof. Dr. Siegfried war seit 1892 Privatdozent und wurde 1897 zum außerordentlichen Professor ernannt. Er ist lange Jahre Assistent von Prof. Dr. Ewald Hering gewesen.

Freiburg i. B. Friedrich Ziegler, der sich als Hersteller anatomisch-embryologischer Präparate einen Namen gemacht, ist von der hiesigen medizinischen Fakultät zum Ehrendoktor ernannt worden.

München. Dr. O. Maas, außerordentlicher Professor der Zoologie, vergleichenden Anatomie und Entwicklungsgeschichte, ist im Alter von 48 Jahren gestorben.

... Berlin W 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil S. Caspari, Berlin-Schöneberg

85. Jahrgang **Berlin, 8. April 1916** **No. 15**

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Steinplatz 105 56

85. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Referate.

Innere Medizin.

Prof. Dr. **Carl von Noorden** (Frankfurt a. M.): **Erfahrungen über funktionelle Nierendiagnostik.** (Medizinische Klinik, 1916, No. 1.)

Verf. bespricht die verschiedenen Methoden, die der funktionellen Nierendiagnostik dienen. Nach seinen und seiner Schüler Versuchen und Erfahrungen sind die folgenden am wichtigsten: 1. Die Jodkaliprobe. Sie ist weniger als Hilfsmittel für topische Diagnostik als für prognostische Gesichtspunkte in zweifelhaften Fällen chronischer Albuminurien verwendbar. 2. Die Wasserprobe, sowohl im Sinne des Verdünnungs- als des Verdichtungsversuches. Wie wichtig die Frage der Wasserbelastung für den Verlauf der chronischen Nierenkrankheiten ist, wurde von Verf. schon frühzeitig hervorgehoben. Wenn auch gelegentlich andere Meinungen laut wurden, sind Verfassers damalige Ausführungen doch im wesentlichen bestätigt worden. Von allen chronischen Nephropathien heischt vor allem die arteriosklerotische Schrumpfniere Maßhalten in der Wasserzufuhr. Es ist keine Frage, daß die Wasserbelastungsprobe nützlichen Aufschluß geben kann, ob viel oder wenig Wasser zugeführt werden darf und soll. 3. Die Kochsalzbelastung. 4. Die Harnstoffbelastung. Beide sind gemeinsam zu besprechen. Wie die gesamte Nephritisliteratur der letzten beiden Dezennien, ja schon früherer Zeit lehrt, gibt es Fälle, wo vorzugsweise oder gar ausschließlich die Chlorausscheidung gestört ist, und andere, wo ebenso vorzugsweise oder gar ausschließlich die Ausscheidung von Harnstoff- und anderen N-Substanzen leidet (hypochlorurische und hypazoturische Nephropathien), daneben eine große Zahl von Mischformen, wo bald die Hypochlorurie, bald die Hypazoturie überwiegt. In besonders scharfer und eindringlicher Weise hat dies jüngst P. v. Monakow klargestellt. Verfasser kann sowohl die Zweckmäßigkeit seiner Versuchsanordnung wie die praktische Wichtigkeit der Ergebnisse bestätigen. Mit geringen Abweichungen hatte Verf. die gleiche Methode zwecks Erlangung einer sicheren Grundlage für die diätetisch-therapeutischen Maßnahmen schon vor mehreren Jahren auf seiner Wiener Klinik eingeführt. Man wählt sich eine für Nephritiker geeignete, stets gleiche Grundkost aus, die in bezug auf N- und ClNa-Gehalt leicht übersichtlich ist. Verf. setzt sie meist aus Milch, Reis und Dörrobst und 3 g Kochsalz zusammen. An den Probetagen wird dann je 10 g ClNa bezw. 15 g Harnstoff zugefügt. Aus dem Gang der ClNa- und N-Ausscheidung werden dann die Schlüsse auf Wegsamkeit der Nieren und für weitere therapeutische Verordnungen gezogen. Man entgeht dann der großen Gefahr, unnötige Verbote zu erlassen, deren erhebliche Nachteile für die Gesamtbeköstigung und den Ernährungszustand der Nierenkranken von Verf. mehrfach betont sind. Namentlich erinnert er daran, daß weitgehende Beschränkung des Kochsalzes doch nur für eine Minderzahl von Nephropathien notwendig ist, und daß der Unfug, das Kochsalz jedem Nephritiker möglichst zu beschränken, schon oft zu schwerster Schädigung des Appetits und zu schwerer, ganz unnötiger Entkräftung geführt hat. — 5. Reststickstoff-Bestimmungen im Blut. Alle neueren Autoren stimmen darin überein, daß man aus Ermittelung des Nicht-Eiweiß-Stickstoffes im Blute wertvolle Anhaltspunkte über bestehende Niereninsuffizienz erhält. Doch bestätigen Verfassers eigene Beobachtungen durchaus, daß man doch mit Verwertung des Resultates recht vorsichtig sein muß. Wenn nicht ganz extreme Werte gefunden werden, wie sie bei Urämie und Prä-Urämie vorkommen, lassen sich aus der Einzeluntersuchung keine brauchbaren prognostischen Schlüsse ziehen. Wichtiger sind fortlaufende Untersuchungen; bei der schönen Mikromethode von J. Bang kommt man mit etwa $^{2}/_{10}$ g Blut aus, so daß nötigenfalls die Analysen alle paar Tage wiederholt werden können. Fortschreitende Erhöhung des Rest-N-Spiegels muß als sehr übles Zeichen gedeutet werden. Meist gelingt es durch mehrtägige N-freie oder zum mindesten höchst N-arme Diät (Zuckertage oder Obsttage) den N-Gehalt des Blutes erheblich herabzudrücken. Wenn ein Fall chronischer Nephritis einmal zur Hyperazotämie neigt, behauptet er diesen Charakter meist auf die Dauer. Wenn man die hier erwähnten fünf Proben zusammenlegt, erfährt man fast alles, was für die Beurteilung der augenblicklichen Lage und für die einzuschlagende Behandlung wichtig ist; aber auch darüber hinaus ergeben sich brauchbare und verläßliche Anhaltspunkte für die Prognose.

G. Zuelzer, zurzeit Chefarzt in einem Kriegslazarett: **Reizung des Nervus pudendus (Neuralgie). Ein häufiges, Blasenkatarrh vortäuschendes Krankheitsbild im Kriege.** (Berl. klin. Wochenschr., 1916, No. 49.)

Die Patienten klagen in übereinstimmender Weise über einen außerordentlich häufigen Harndrang, verbunden mit schmerzhaftem Druck in der Blasengegend und Schmerzen beim Harnlassen. Der Urin ist ausnahmslos klar, sauer, frei von Eiweiß, ohne Sedimente. Die einzelnen entleerten Urinportionen sind gering. Sie variieren etwa zwischen 20 und 100 ccm. Daß nur einzelne Tropfen, wie beim akuten Blasenkatarrh, entleert werden, kommt nicht vor. Verf. fand bei diesen Kranken eine außerordentliche Ueberempfindlichkeit im Hautgebiet des Nervus pudendus. Die subjektiv empfundenen, anfallsweise auftretenden und jedesmal Urindrang vortäuschenden Schmerzen, sowie der Nachweis, daß die Hautüberempfindlichkeit einem bestimmten Nerven angehört, lassen an der Diagnose „Reizung des Nervus pudendus" keinen Zweifel. Die Behandlung des Leidens ist die einer Neuralgie: Antineuralgica, wie Pyramidon, Aspirin oder dergl. und lokale Hitze (Heißluftapparat). Unter dieser Behandlung hat Verf. die Erkrankung in einigen Fällen in 6—10 Tagen heilen sehen.

Kr.

Chirurgie.

Dr. **Leo Mayer** (New York, z. Zt. Berlin): **Die Lagerungsbehandlung der Kriegsverletzten.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1915, No. 25.)

Eine besonders den Orthopäden bekannte Tatsache ist es, daß ein Muskel, der mehrere Monate lang überstreckt worden ist, nicht mehr imstande ist, sich zu kontrahieren. Durch die Ueberstreckung ist eine scheinbare Lähmung entstanden, die Muskeln zeigen eine ausgedehnte fettige Degeneration, eine Entartungsreaktion kann sogar eintreten, ohne daß die motorischen Nerven selbst gelähmt sind. Um einen solchen Muskel wieder kontraktionsfähig zu machen, muß man ihn so einstellen, daß sein Ursprung und sein Ansatz möglichst genähert sind, dann erreichen die Muskelfasern ihre Kontraktilität in überraschend kurzer Zeit wieder. Diese Tatsachen sind für die Kriegschirurgie von großer Wichtigkeit. Nach Schußverletzungen werden Lähmungen beobachtet, die nicht auf einer Durchtrennung des Nerven beruhen, sondern auf unrichtiger Lagerung des verletzten Gliedes. Eine scheinbare Radialislähmung, die schon vier Monate bestand, konnte Verf. dadurch heilen, daß er die Hand auf einer Schiene in stärkster Extensionsstellung fixierte. Nach drei Wochen war die Lähmung vollständig beseitigt. Für die Nervenverletzung ist eine Schiene gerade so wichtig, wie für eine Knochenverletzung. Ob der Nerv durchtrennt ist oder nicht, kann niemand nach der Verletzung sofort entscheiden. Erst die richtige Lagerung des Gliedes kann die Diagnose sicherstellen. Bei der Radialislähmung ist die Hand zu extendieren und zu supinieren. Für die Axillarislähmung wird der Arm bis zu 90° abduziert, für den Nervus medianus werden die Finger und die Hand stark flektiert. Für den Nervus ulnaris werden die Finger gespreizt, flektiert in dem proximalen, extendiert in den beiden distalen Gelenken. Bei Beachtung dieser Grundsätze kann man, betont Verf., den Verwundeten viele Wochen Behandlung und manchmal auch eine unnötige Operation ersparen. R. L.

Prof. Dr. **Rudolf Klapp** (Berlin): **Die operative Erweiterung der Schultergelenkkapsel. Eine Methode zur blutigen Mobilisierung von Schultersteifigkeiten.** (Zentralbl. für Chirurgie, 1916, No. 7.)

An der konservativen Behandlung von Schultergelenkversteifungen hält Verf. solange fest, als noch wenigstens geringe passive Bewegungen, z. B. Rotationen, ausführbar sind. Läßt sich der Oberarmkopf passiv gar nicht bewegen, so ist das ein Beweis, daß er entweder knöchern mit der Gelenkfläche verwachsen oder daß die Gelenkkapsel narbig verändert und geschrumpft ist. Dabei müssen Weichteilnarben der Umgebung bezw. der Achselhöhle oder in der Muskulatur (Pectoralis major, Deltoides, Infraspinatus) ausgeschlossen sein. Das Röntgenbild läßt die Knochenhemmungen erkennen, die bei einer knöchernen Ankylose vorhanden sind, bei äußerer Untersuchung stellt man die Weichteilnarben fest. Fehlen beide — Weichteilnarben wie Knochenveränderungen —, ist der Gelenkkopf im Röntgenbild überall klar konturiert, so liegt bei passiver Fesselung des Schultergelenks das Hindernis in der Gelenkkapsel und es besteht eine Kapselschrumpfung. Im Röntgenbild ist bei der letzteren der Gelenkkopf oft hoch nach oben unter das Akromion gezogen. Täuschung durch fehlerhafte Einstellung der Röntgenröhren und falsche Projektion muß ausgeschlossen werden können. Handelt es sich nun um eine reine Sklerosierung der Kapsel, die den Gelenkkopf auch für die geringste passive Rotation festhält, so hat die konservative Therapie nach Verfs. Ansicht keine Aussichten mehr. Diese Fälle hat K. für eine Operation im Auge, die er in vorliegender Arbeit beschreibt. Nach allem, was wir über die habituelle Schulterluxation wissen, beruht der die Patienten stark belästigende Zustand meist auf Erweiterung der Kapsel, wohl auch gelegentlich auf Abriß des M. infraspinatus, überhaupt der Außenrotatoren. Die Vergrößerung der Kapsel wieder erklärt man schon lange mit ungenügender Ruhigstellung des Armes nach Reposition des zum ersten Male verrenkten Armes. Der bei der Luxation entstandene Kapselriß heilt dann unter Erweiterung des Kapselhohlraumes aus. Dieser Vorgang schwebte Verf. als Vorbild vor in Fällen, bei denen es sich um eine narbig geschrumpfte Kapsel handelte, die dem Kopf jede Bewegungsfähigkeit nimmt. Es liegt nach dieser Ueberlegung nahe, die geschrumpfte Kapsel durch einen Schnitt zu erweitern und mit dieser Erweiterung ausheilen zu lassen. Man müßte dabei die Kapsel so weit einschneiden, bis der Kopf sich frei im Schultergelenk drehen läßt, den Kapselschnitt dann offen lassen und während der Heilung dem Arm eine Stellung geben, bei der der Kopf eine größtmögliche Kapselausdehnung verursacht, wie z. B. bei der vertikalen Elevation. Da sich bei diesen Fällen von Kapselschrumpfung die Sklerosierung auch auf den intrakapsulären Teil der langen Bicepssehne erstreckt, so muß neben der obigen Kapselerweiterung auch die Bicepssehne freigelegt, aus dem Sulcus intertubercularis herausgehebelt und mit Muskulatur unterpolstert werden. In vier Fällen hat Verf. die obige Operation ausgeführt. Bei der ersten hat Verf. noch lernen müssen, daß die Abduktion bis zur Horizontalen ungenügend ist. Die Annahme, daß von da ab die weitere Erhebung zwischen Thorax und Schultergürtel erfolge, hatte ihn verhindert, weiter zu abduzieren. Leider hat der Pat. nur eine Adduktion bis zur Horizontalen bekommen und behalten. Darüber hinaus ist er nicht gekommen, trotz aller von seiner Seite aufgewandten Energie. In den nächsten Fällen ist Verf. bis zur vertikalen Erhebung gegangen und hat erreicht, daß der Arm zwar noch nicht ganz adduziert, aber bis zur völligen extremsten Erhebung gebracht werden kann. In allen Fällen war vor der Operation keine Möglichkeit der Bewegung im Schultergelenk. In einem Falle fehlten nach der Operation und sechswöchiger Nachbehandlung nur kleine Bruchteile der normalen Beweglichkeit. Im vierten Falle wurde das Resultat durch den Befund eines kleinen eitrigen Herdes getrübt. Die Bewegungen im Schultergelenk sind schmerzhaft, die Behandlung ist noch nicht abgeschlossen.

Ernst Unger (Berlin): **Zur Behandlung der Extremitäten nach Unterbindung.** (Zentralbl. f. Chirurgie, 1916, No. 4.)

Jeder Unterbindung der Arteria femoralis oder brachialis kann eine Gangrän des Beines oder Armes in verschieden großer Ausdehnung folgen, und wesentliche Hilfsmittel, sofort einen Kollateralkreislauf zu erzeugen, besitzen wir nicht; es dauert stets einige Zeit, bis sich ein neuer Kreislauf entwickelt. Verf. hat nun auf Grund seiner Erfahrungen im Tierexperiment an überlebenden Organen versucht, die Gangrän aufzuhalten oder einzuschränken: 48 Stunden nach der Unterbindung wurde an dem erkalteten Fuße die Arteria tibialis postica dicht oberhalb des Fußgelenkes freigelegt und zwei Kanülen, eine in distaler, die andere in proximaler Richtung, eingebunden, und dauernd 24 Stunden lang Ringersche Lösung von 37—39° infundiert. Der Abfluß geschah spontan durch eine Reihe von Einschnitten am Unterschenkel wie Oberschenkel, wobei mehrere Venenlumina eröffnet wurden. Nach 24 Stunden hatte Verf. den Eindruck, als wenn die Demarkationslinie in der Haut handbreit tiefer stand als vor der Infusion; die Haut wurde wärmer, hatte hellrosa Farbe angenommen. In diesem Teile wurde dann die Amputation gemacht. Die dauernde Infusion hat in diesem Falle das Bein nicht erhalten, konnte es auch nicht, da der Versuch viel zu spät unternommen wurde; es dürfte sich aber, schließt Verf., der Mühe lohnen, beim ersten Zeichen erheblicher Kreislaufstörungen nach Unterbindung das Verfahren einmal zu versuchen.

Dr. **H. Schüssler** (Bremen): **Zur Behandlung des Erysipelas.** (Zentralbl. f. Chirurgie, 1916, No. 8.)

Verf. registriert zunächst die landläufigen Behandlungsmethoden des Erysipelas und zieht aus der Existenz dieser vielen Methoden den Schluß, daß man eigentlich mit keinem Mittel so recht zufrieden ist. Das bestimmt Verf., auf ein Mittel hinzuweisen, das er seit der Empfehlung von Neumann (Berl. klin. Wochenschr., 1907, No. 36) gegen Erysipelas in Anwendung zieht und welches ihn vollständig befriedigt hat. Er verfügt freilich nur über vier Fälle von akutem Erysipelas der Extremitäten in seiner Privatpraxis. Aber in allen Fällen fiel die Temperatur von 40° und darüber in 24—36 Stunden zur Norm ab. Das Mittel ist ungefährlich, in der Anwendung einfach, wenig zeitraubend und hat nach den vorliegenden Laboratoriumsarbeiten eine enorme bakterizide Kraft. Es heißt Metakresolanytol; es enthält 60 Proz. Anytin und 40 Proz. Metakresol und ist eine nach Ichthyol riechende, teerartige Flüssigkeit. Nach dem Vorgang von Neumann pinselt Verf. das Metakresolanytol. pur. handbreit oberhalb des Exanthems dick auf die erkrankte Haut und läßt dann die Flüssigkeit zu einem Firnis eintrocknen. Um sich aber vor dem Weiterschreiten und Rezidiven zu schützen, soll man nach Neumann die Pinselung wiederholen, bis subnormale Temperaturen eingetreten sind. Verf. kam in allen vier Fällen mit einem einmaligen Anstrich aus. Der Firnis läßt sich leicht mit Wasser abwaschen.

Dr. **H. F. O. Haberland**, z. Zt. ordinier. Arzt d. äußeren Abteilung des Kriegslazarettes ...: **Die direkte Einpflanzung des Nervus hypoglossus in die Gesichtsmuskulatur bei Facialislähmung.** (Zentralbl. f. Chir., 1916, No. 4.)

Die Operation ist folgende: Anästhesie des Ganglion Gasseri nach Härtel oder Narkose. Schnitt vom Proc. mastoideus bis zum Zungenbein parallel zum Kieferrand, fingerbreit unterhalb desselben. Aufsuchung des Nervus hypoglossus im Hypoglossusdreieck, wo er medialwärts in seine Endäste zerfällt. Dieser Nerv ist von der Glandula submaxillaris bedeckt und liegt dem M. hypoglossus direkt auf. Vor der Durchschneidung der Endäste Prüfung, ob der Nerv noch intakt ist! Es erfolgt die sorgfältige Präparation des Nerven möglichst hoch hinauf bis nahe an den Canalis hypoglossi. Unnötiges Anfassen des Perineuriums mit der Pinzette sowie jedes Zerren muß vermieden werden. Der Nerv wird unter

dem M. digastricus und styloideus hervorgezogen; auf die Art. lingualis, Art. carotis ext. und interna, sowie nach oben zu auf die Vena jugularis interna und die Nervi vagus nebst accessorius ist bei der Operation besonders zu achten. Die Länge des herauspräparierten Nerven muß die Entfernung vom aufsteigenden Aste des Unterkiefers bis zum Mundwinkel betragen, um bei der späteren Einpflanzung jegliche Spannung zu vermeiden. Eventuell ist noch der Ramus descendens Nervi hypoglossi mit zu präparieren. Der zweite Akt der Operation besteht in der Darstellung der gelähmten Gesichtsmuskulatur, vornehmlich der Muskeln, die bei der Hebung des Mundwinkels beteiligt sind. Hautschnitt entsprechend der Nasolabialfalte bis zum Tuberculum mentale. Präparation der Mm. caninus, zygomaticus, risorius, triangularis, orbicularis oris. Mittels feiner Kornzange wird in horizontaler Richtung die Haut untertunnelt. Der N. hypoglossus wird subkutan in das jetzige zweite Operationsfeld geleitet und seine Endzweige direkt in die genannten Muskeln versenkt. Die Operation findet also Anwendung bei Lähmung der mittleren und unteren Facialisäste. Zweckmäßig bohrt man mit einer anatomischen Pinzette einen kleinen Tunnel in den betreffenden Muskel und steckt das Nervenende dort hinein. Primärer Schluß der Wunden beendet die Operation. Die ersten Anzeichen des Erfolges machen sich nach 7—12 Wochen bemerkbar.

Oberarzt Dr. **Böhler**, Chirurg d. Divisions-Sanitätsanstalt No. 8: **Die Prognose der Magen-Darmschüsse ist ohne Operation absolut schlecht.** (Med. Klinik, 1916, No. 45.)

Verf. hat auf dem Verbandplatze der Divisions-Sanitätsanstalt gegen 300 perforierende Bauchschüsse gesehen, die fast alle innerhalb der ersten 24 Stunden gebracht wurden, hat davon 55 obduziert und 6 operiert, und hat gefunden, daß diese Verletzungen bei der so viel gerühmten konservativen Behandlung fast immer tödlich enden, sei es an Shok oder innerer Blutung am ersten Tag oder an diffuser Peritonitis in den folgenden, oder an Säfteverlust infolge einer hochsitzenden Darmfistel, manche auch an Ileus und Spätabszessen. Der größte Teil der Fälle waren Infanterieverletzungen, daneben waren auch solche durch Schrapnellfüllkugeln; Verwundungen durch Granatsplitter waren selten. Diese Verletzungen sollen nach Verfs. Erfahrungen so rasch als möglich mit einem Kompressionsverband in die nächste Anstalt gebracht werden, die für Laparotomien eingerichtet ist. Die Frühoperation innerhalb der ersten zehn Stunden mit Uebernähen kleiner Oeffnungen oder Resektion bei größeren und bei Mesenterialzerreißungen ist die einzige Behandlung, die Erfolg verspricht. Bei entsprechender Auswahl der Fälle ist die Operation der Magen-Darmschüsse eine der dankbarsten Operationen der Kriegschirurgie, denn die Geheilten sind wieder vollwertige, arbeitsfähige Menschen.

Dr. **Hans Hans**: **Ventilsicherer Verschluß des künstlichen Magenmundes durch Bildung eines großen Einstülptrichters.** (Zentralbl. f. Chirurgie, 1916, No. 5.)

Seit Jahren hat Verf. die Stülptrichterbildung bei Appendikostomie wegen Peritonitis diffusa als vorteilhaft erprobt, der Aufsatz von Gross im „Zentralbl. f. Chirurgie" gab Verf. Veranlassung, bei drei Fällen von Ileus die Gastrostomie in seinem Sinne als Heberdrainage mit 1 cm dickem Schlauch in nachstehend beschriebener Weise zu versuchen. Sie war leicht durchzuführen, und Verf. glaubt, ihre gelegentliche Nachprüfung besonders bei schweren Peritonitisfällen empfehlen zu können. Nach Längsschnitt in der Oberbauchgegend links 2 Finger breit neben der Mittellinie am Rippenbogen beginnend, geht man in 5 cm Länge durch die Haut und äußere Fascie, in 4 cm Länge durch den Rektus, bei leichter Verziehung desselben nach der Mitte zu, in 3 cm Länge durch die hintere Fascie zum Magen. Der bei Peritonitis atonisch dilatierte Magen wird durch eine Klemme in ca. 6 cm langem Zipfel vorgezogen und an der Basis desselben am beiderseitigen Bauchfell und hinterer Rektusfascie mittels je drei U-Nähten rechts und links festgenäht. Die Fadenenden werden lang gelassen und durch seitlich herabfallende Klemmen gesichert. Dann wird eine Tabaksbeutelnaht mittels Katgut ½ cm höher am Bauchfell der Zipfelbasis angelegt, eine zweite Tabaksbeutelnaht mit fester Seide nahe der Zipfelspitze — auch die Muscularis mitfassend — gelegt, aber beide Nähte noch nicht zusammengezogen. Die Zipfelkuppe selbst wird jetzt mit sehr scharfem Messer, nachdem man einige Tupfer um den Zipfel herumgelegt, in ½ cm Ausdehnung eingeschnitten und in die Oeffnung links und rechts eine Klemme angelegt, so daß ein 1 cm dicker Gummischlauch mit abgeschrägter Spitze in mehr als 5 cm Länge eingeschoben werden kann. Die Seiden-Tabaksbeutelnaht wird nunmehr geknotet, und die Fadenenden nochmals um das Gummirohr mit Hilfe eines chirurgischen Knotens derb zusammengezogen, so daß das Gummirohr, etwas ringförmig eingedrückt, fest in und an der Zipfelkuppe haftet. Jetzt wird der Magenzipfel vermittelst des frei in den Magen reichenden Gummirohres trichterförmig in den Magen selbst durch die Bauchwandöffnung hindurch eingeführt; also im ganzen um ca. 10 cm tiefer geführt, und auch die Katgut-Ringnaht zusammengezogen und geknotet. Die lang gelassenen Enden der zuerst gelegten Magen-Bauchwandnaht werden jetzt teils von links nach rechts, teils nachbarlich nochmals zusammengeknotet, und so der Magenzipfel auch an der Basis allseitig verengt. Durch dieses einfache, unter Lokalanästhesie auch bei sehr geschwächten Kranken leicht ausführbare Verfahren wird erreicht, daß im Gegensatz zur Schrägkanalbildung Witzels der Magen im Sinne von Gross mit dickerem Schlauch ausgehebert werden kann. Auch das Kauen der Speisen bei verengtem Oesophagus und Wiederabgeben in den Magentrichter im Sinne Trendelenburgs ist hierbei möglich. Im Gegensatz zu Gross wird aber der Ausfluß von Mageninhalt aus der Fistel, wie er sonst nur durch die Schrägkanalbildung Witzels zu vermeiden ist, trotz weiter Magenöffnung unmöglich gemacht.

Dr. **Ernst Jeger**, Assistent der chirurg. Klinik zu Breslau: **Zur operativen Behandlung des Ascites bei Lebercirrhose.** (Beiträge zur klin. Chirurgie, Bd. 99, H. 1.)

Verf. schlägt ein Verfahren vor, das die Vorzüge einer ausgiebigen Ableitung des Pfortaderblutes in die untere Hohlvene mit leichter operativer Durchführbarkeit vereinigt. Es ist dies eine Anastomosierung der Vena cava mit dem Hauptstamm der Vena mesenterica superior am unteren Rand der Pars horizontalis inferior und Pars ascendens des Duodenums. Da die untere Hohlvene und der Hauptstamm der Vena mesenterica superior Klappen nicht besitzen, einem retrograden Blutstrom aus den weiter zentral in sie mündenden Venenstämmen (Vena coronaria ventriculi, Vena lienalis, Vena mesenterica inferior) somit nichts im Wege steht, ist von der Anlegung einer solchen Anastomose der gleiche Nutzen zu erwarten, wie von der Anastomosierung zwischen der Vena cava inferior und dem Hauptstamm der Vena portae. Die Operationstechnik, die Verf. an 20 Leichen ausprobiert hat, ist folgende: Rückenlage auf einem hohen Kissen. Querschnitt durch beide Recti in Nabelhöhe, evtl. kombiniert mit einer kurzen Längsinzision vom Nabel nach abwärts. Wird nun das Colon transversum ein wenig nach aufwärts, der Dünndarm nach links gedrängt, so liegt das Operationsfeld in großer Ausdehnung und sehr leicht zugänglich vor. Man sieht die Pars horizontalis inferior und ascendens des Duodenums, die Radix mesenterii und durch diese durchschimmernd die Arteria und Vena mesenterica superior, die die Vorderfläche der Pars horizontalis inferior des Duodenums kreuzen, während die Vena cava inferior der Hinterfläche dieses Darmstückes anliegt. Um die letztere freizulegen, wird das Peritoneum am unteren Rand der Pars horizontalis duodeni inzidiert und der Darm analog dem Verfahren bei der retroduodenalen Choledochotomie etwas nach oben verschoben. Durchtrennt man nun noch stumpf das lockere retroperitoneale Bindegewebe, so liegt die Vena cava inferior in großer Ausdehnung frei und kann bequem aus der Umgebung freipräpariert werden. Hierauf wird die Vena mesenterica freipräpariert, wobei die über sie hinwegziehende Arteria colica dextra zu schonen ist. Die Abzweigungen der Vena mesenterica superior dürfen natürlich ebenfalls nicht verletzt werden, was bei einiger Vorsicht ganz leicht zu vermeiden ist. Nunmehr kann in der Mehrzahl der Fälle der Hauptstamm der Vena mesenterica superior mit der Vena cava ohne Knickung eines der beiden Gefäße und ohne Kompression des zwischen beiden Gefäßen liegenden Duodenums auf eine Länge von 4—5 cm zur Berührung gebracht werden. Hierauf wird eine typische Seit-zu-Seit-Anastomose zwischen beiden Gefäßen angelegt. Zunächst werden kleine Seitenzweige der Vena cava abgebunden. Die Seitenzweige der Vena mesenterica werden für die Dauer der Operation mit einem dünnen Gummiband angeknotet, das nach Schluß der Operation wieder entfernt wird. Dann werden zwei Gummibänder unter beiden Gefäßen durchgeführt. Durch Anziehen derselben werden die Gefäße einander bis zur Berührung genähert, gehoben und gleichzeitig der Blutstrom darin unterbrochen. Exzision eines etwa 3 cm langen, 2 mm breiten Streifens aus den einander berührenden Gefäßflächen. Dann Ausspülen der Gefäße mit Kochsalzlösung, Bestreichen mit Vaselin, Abdecken wie gewöhnlich, Anspannen der lateralen Gefäßränder durch Fadenschlingen, fortlaufende Naht der medialen, dann der lateralen Gefäßränder.

Privatdozent Dr. **H. Finsterer**, Assistent der II. chirurg. Klinik zu Wien: **Die totale Darmausschaltung.** (Beiträge zur klin. Chirurgie, Bd. 99, H. 1.)

Mehr als zwei Dezennien sind verflossen, seit Hochenegg, anlehnend an den von Salzer auf Grund des Tierexperimentes gemachten Vorschlag, beim Menschen die erste totale Darmausschaltung mit einer zweckmäßigen Modifikation ausgeführt hat. Mit den Fortschritten der chirurgischen Technik

hat die Zahl der Darmoperationen ganz gewaltig zugenommen. Demgegenüber ist die totale Ausschaltung verhältnismäßig selten angewendet worden, obwohl sie gegenüber den konkurrierenden Verfahren (Enteroanastomose und unilaterale Ausschaltung) ganz wesentliche Vorteile bietet. Einen Ueberblick über den wirklichen Wert der Operationsmethode kann nur eine möglichst große Anzahl von Fällen gewähren. Daher gibt Verf. einen Ueberblick über die bestehende Literatur. An die Fälle aus der Literatur werden dann die in der Klinik Hochenegg in den letzten zehn Jahren operierten Fälle von totaler Darmausschaltung angereiht. Auf Grund des vorliegenden Materials bespricht Verf. dann zuerst das Indikationsgebiet für die totale Darmausschaltung. In erster Linie ist die Resektion des erkrankten Darmteiles als Methode der Wahl zu betrachten, und nur jene Fälle, wo diese aus irgendeinem Grunde nicht ausführbar ist, sollen der totalen Darmausschaltung unterzogen werden. Die totale Darmausschaltung verdient wegen ihrer größeren Leistungsfähigkeit (absolute Ruhigstellung des erkrankten Darmes) unbedingt den Vorzug vor der Enteroanastomose oder der inkompleten „unilateralen" Darmausschaltung nach Senn. Bei der heutigen Operationstechnik und der Art der Anästhesie ist sie kein gefährlicherer Eingriff als die einfache Enteroanastomose, daher auch bei herabgekommenen Patienten noch ausführbar. Die totale Ausschaltung wegen Tuberkulose, Darmfisteln oder Appendizitis kann zu dauernder Heilung und fast vollkommener Beschwerdefreiheit führen; wird trotzdem die sekundäre Exstirpation des ausgeschalteten Darmstückes verlangt, so kann diese Operation wegen Zurückgehens der entzündlichen Verwachsungen mit der Umgebung sehr leicht und ganz ungefährlich werden. Beim malignen Neoplasma hat die totale Ausschaltung einen palliativen Wert (Ausschaltung mechanischer Reizung, Verschwinden der Schmerzen); wird der Tumor nach Zurückgehen der entzündlichen Fixation wieder beweglich und damit operabel, so muß der totalen Ausschaltung der Wert einer „vorbereitenden Operation" zur Radikalheilung zugemessen werden. Bei der totalen Ausschaltung ist die Methode Hocheneggs (Einnähen beider Darmlumina) allein berechtigt, da sie technisch am einfachsten ist, postoperative Komplikationen ausschließt, die Vorteile einer direkten medikamentösen Behandlung des Grundleidens bietet. Der blinde Verschluß beider Darmlumina ist auch bei bestehender Kotfistel absolut unstatthaft, da nach der totalen Ausschaltung die Fistel sich bald spontan schließt und dadurch sekundär das Stadium einer „totalen Okklusion" entsteht, das dem Träger ebenso lebensgefährlich werden kann, wie der von Obalinski und v. Baracz geforderte primäre totale Verschluß.

Kr.

II. Bücherschau.

Der Krieg und die Reservekräfte des Nervensystems. Von Dr. **A. Pick**, Professor an der deutschen Universität in Prag. (Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten. XI. Band, Heft 5.) Halle a. S. 1916, Carl Marhold, Verlagsbuchhandlung. 27 S. 1 M.

Die Frage nach den Reserven des Nervensystems hat durch die Erfahrungen des gegenwärtigen Krieges an Interesse gewonnen. Denn es braucht nicht näher ausgeführt zu werden, daß im Kriege an Tausende von Kriegsteilnehmern Anforderungen an körperlichen und seelischen Leistungen gestellt werden, denen ihre Nerven unter gewöhnlichen Umständen kaum gewachsen wären. Woher stammen die verborgenen Kräfte, welche diese Leistungen ermöglichen? Diese Frage führt auf das Problem der Reservekräfte des Nervensystems, das Verfasser in der vorliegenden Arbeit unter Berücksichtigung der einschlägigen psychologischen und physiologischen Literatur bespricht. Bei dem rein theoretischen Charakter der Ausführungen müssen wir es uns versagen, auf die Schrift genauer einzugehen. R. L.

III. Tagesgeschichte.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Breslau. Prof. Dr. Gaupp, der seit 1912 in Königsberg nach dem Rücktritt von Stieda Anatomie lehrt, ist als Nachfolger des demnächst in den Ruhestand tretenden Geheimrats Hasse in Aussicht genommen. Er war als Schüler und Assistent Hasses bereits früher in Breslau tätig, zuletzt von 1893 bis 1895 als Privatdozent.

Halle a. S. Im noch nicht vollendeten 40. Lebensjahre starb der Ordinarius der Hygiene Prof. Dr. Paul Römer. Schüler von E. v. Behring, hatte er sich 1903 in Marburg habilitiert und war 1908 zum außerordentlichen Professor ernannt worden. 1914 war er als Nachfolger Löfflers als Ordinarius nach Greifswald und von dort 1915 als Nachfolger Fränkels nach Halle berufen worden. Seine wissenschaftlichen Arbeiten betreffen vorwiegend die Immunitätslehre. Prof. Römer, der auf dem östlichen Kriegsschauplatz als Korpshygieniker wirkte, war erst kürzlich durch Verleihung des Eisernen Kreuzes I. Kl. ausgezeichnet worden.

Frankfurt a. M. In dem benachbarten Schwanheim starb im Alter von 76 Jahren Prof. Dr. med. Wilhelm Kobelt, der sich als Naturforscher einen Namen gemacht hat. Bis zum Jahre 1880 hatte er die ärztliche Praxis ausgeübt; seitdem lebte er ganz seinen Arbeiten und Bestrebungen auf dem Gebiete der Naturkunde. Sein Hauptgebiet war die Zoologie, die er durch Neubearbeitung von Roßmäßlers vielbändiger Ikonographie der Land- und Süßwasserkonchylien förderte. Außerdem bemühte er sich erfolgreich um die Verbreitung heimatkundlicher Kenntnisse und die Hebung der Volksbildung. Bereits vor einer Reihe von Jahren erkannte der preußische Kultusminister Kobelts wissenschaftliche und gemeinnützige Tätigkeit durch die Verleihung des Professortitels an. Die wertvolle Konchyliensammlung des Verstorbenen fällt auf Grund letztwilliger Verfügung dem Senckenbergischen Museum in Frankfurt a. M. zu.

Leipzig. Es besteht die Absicht, an der Universität einen **Lehrstuhl für physikalische Therapie** zu errichten. Dieser Plan hat natürlich mit den mehrfach wiederholten Versuchen interessierter Kreise, die Regierung zur Errichtung eines Lehrstuhls der Naturheilkunde zu veranlassen, nichts zu tun; es handelt sich lediglich um die akademische Vertretung der in der wissenschaftlichen Medizin verwendeten physikalisch-therapeutischen Methoden.

Gießen. Als Nachfolger des nach Leipzig gehenden Prof. Siegfried Garten ist Prof. Dr. W. Trendelenburg in Innsbruck, ein Sohn des bekannten Chirurgen, auf den Lehrstuhl der Physiologie hierher berufen worden.

Würzburg. Der außerordentliche Professor der Chirurgie Hofrat Dr. Ferdinand Riedinger erhielt Titel und Rang eines ordentlichen Universitätsprofessors.

Paris. Im Alter von 83 Jahren ist hierselbst der bekannte Chirurg Prof. L. Labbé gestorben, der seinerzeit als erster in Frankreich Magenoperationen ausführte. Im gleichen Alter starb hier ferner der Augenarzt Dr. Xaver Galezowski, der sich ebenfalls verdienten wissenschaftlichen Rufes erfreute und außerdem als Begründer des polnischen Nationalmuseums in Rapperswyl in der Schweiz bekannt geworden ist.

Zürich. Der außerordentliche Professor für Haut- und Geschlechtskrankheiten Dr. B. Bloch ist als Ordinarius desselben Faches hierher berufen worden.

Gerichtliches.

Berlin. Der als Krankenbehandler tätige 77 jährige Sch., ein früherer Drechsler, wurde von dem Schöffengericht Berlin-Schöneberg wegen **fahrlässiger Tötung** zu 1½ Jahren Gefängnis verurteilt. Er hatte einen Fall schwerer Diphtherie mit einer homöopathischen Arznei in 30. Potenz behandelt.

Leipzig. Ein seit etwa sieben Jahren schwebender **Haftpflicht-Prozeß** ist kürzlich vom Reichsgericht entschieden worden. Ein Schlosser, der wegen eines Oesophagusdivertikels in einem klinischen Institut der Universität Bonn Aufnahme gefunden hatte, war gelegentlich einer Unterrichtszwecken dienenden Demonstration durch Röntgenbestrahlung derart zu Schaden gekommen, daß er 2½ Jahre infolge des entstandenen schweren Röntgengeschwürs arbeitsunfähig war. Er klagte gegen die Universität und die beiden in Betracht kommenden Universitätsdozenten auf 6000 M. **Schadenersatz.** Das Landgericht Bonn wies ihn ab, das Oberlandesgericht Cöln entschied jedoch im Sinne der Klage, und das Reichsgericht als oberste Instanz hat jetzt letzteres Urteil bestätigt.

IV. Amtliche Mitteilungen.

Personalia.

Preußen.

Auszeichnungen: Rote Kreuzmedaille III. Kl.: Dr. E. Bassmann in Pfaffenberg (Bayern), Dr. R. Dürig und Kgl. bayr. Hofrat Dr. K. Uhl in München, Dr. G. Geiger in Teisnach (Bayern), Dr. Anton Hofmann in Würzburg, Dr. F. Joachim in Regensburg, Dr. E. Maxon in Landau, Dr. M. Mützel in Krumbach (Bayern), Dr. O. Renner und Dr. K. Welsch in Augsburg, Dr. Heinrich Schmid in Bad Reichenhall, Dr. W. Fornet, Stabsarzt an der Kaiser-Wilhelms-Akademie für das militärärztliche Bildungswesen, Professor Dr. Adolf Friedländer, leitender Arzt der Privat-Klinik Hohe Mark bei Frankfurt

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: San.-Rat Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil S. Caspari, Berlin-Schöneberg
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW. 68, Alexandrinenstraße 110.

85. Jahrgang **Berlin, 15. April 1916** **No. 16**

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Steinplatz 105 56

85. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Die Wissenschaft der Ernährung auf einem toten Punkt.

Butter- und Marmeladen-Küche.

Wilhelm Sternberg (Berlin).

Da durch den Krieg die Nahrung Aenderungen erfährt, werden auch Ernährung und Technik, d. h. Küche, anders als früher. Die verschiedensten Fachmänner haben darum dieses Gebiet der Kriegsernährung behandelt. Levy (Heidelberg) hat für den Sommer schon eine Vorlesung angekündigt: „Krieg und Ernährung."

Zweimal habe ich mich eines Teiles dieses Gebietes angenommen; einmal im Aufsatz „Krieg und Küche" (Allg. med. Central-Ztg., 1915, No. 20) und sodann in meinen [1]) Vorlesungen „Kriegsküche". Tatsache ist, daß das Nahrungsmittel Butter knapp ist, und daß das Nahrungsmittel Marmelade billig und zugleich reichlich vorhanden ist. Da dekretieren die Autoren die Ordre: „Marmelade muß die Butter ersetzen!" Ist dies denn aber physiologisch richtig? Oder auch nur möglich? In welchem Umfang?

Beim Vergleich von Nahrungsmitteln muß man sich stets an die von mir aufgestellten Grundsätze für die Küche halten, die für die Zubereitung der Nahrungsmittel zu Speisen gelten. Denn wir leben nun einmal von Speisen und nicht von Nahrungsstoffen oder Nahrungsmitteln. Andernfalls ist man unfehlbar den folgeschwersten Fehlern ausgesetzt. So habe ich [2]) nachgewiesen, daß unsere bisherigen wissenschaftlichen Wertungen von vegetarischer und animalischer Kost und von Fleisch- und Fischküche [3]) prinzipiell falsch sind.

Man muß stets von folgenden Grundsätzen ausgehen:

Für den Genuß beim Genießen der mundgerechten Nahrung kommen durchaus zwei verschiedene Seiten in Betracht: die Befriedigung

I. der inneren Sinne, der Affekte, der subjektiven Gefühle;
II. der äußeren Sinne, der affektiven Sinne, der subjektiven Sinne.

Zu diesen äußeren Sinnen zählen nicht weniger als vier Sinne:

a) der Geschmackssinn,
b) der Geruchssinn,
c) der Tastsinn,
d) der Sehsinn.

Daher hat man für den Genuß und das Genießen viele Faktoren zu bedenken. Das kommt in folgendem Schema zum Ausdruck:

A. Sensueller Genuß:

I. Sinnesgenuß und Genußsucht für den Geschmackssinn.
II. Sinnesgenuß und Genußsucht für den Geruchssinn.
III. Sinnesgenuß und Genußsucht für den Tastsinn.

B. Aesthetischer Genuß:

IV. Sinnesgenuß für den Sehsinn („Geschmack", Appetitlichkeit).

} **Sinne.**

C. Psychischer Genuß:

V. Abwechslung für alle sinnlichen Genüsse (zur Prophylaxe d. Ekelgefühls);
VI. Erregung des Sättigungsgefühls;
VII. Verhütung (Leichtigkeit bezw. Schwierigkeit) der Uebersättigung, des Ueberdrusses (d. i. Ekelgefühl);
VIII. Erregung des Appetits, der Genußsucht (d. i. Gegensatz des Ekelgefühls).

} **Gefühle.**

Die einzelnen Faktoren des sinnlichen Geschmacks, die ich [4]) hervorgehoben habe, sind:

1. Die Frische [5]) der Nahrungsmittel und Frische der Zubereitung der Nahrungsmittel zu Speisen;
2. individueller Wohlgeschmack;
3. a) Wohlgeschmack, b) Mannigfaltigkeit der Zubereitungsarten zwecks Herstellung des Wohlgeschmacks, c) Temperatur.
4. Das geschmackliche Harmonieren.

Für den beregten Spezialfall des Ersatzes von Butter kommen bloß zwei Faktoren in Frage: A. (I, 4) erstlich das geschmackliche Harmonieren, die gustatorische Verträglichkeit, und sodann B. (C. VII)) die Schnelligkeit des Eintritts von Uebersättigungsgefühl.

A. Was die Verträglichkeit des Geschmacks von Butter und von Marmelade angeht, so übertrifft Butter in diesem Punkte die Marmelade. Zu „Milchbrötchen" schmeckt am besten Butter, nicht einmal Schmalz. Zu Butterbrot paßt jeder Belag, jede Zukost, zu Marmelade kaum eine Zukost. Denn Marmelade hat ja einen ausgesprochenen Geschmack, und zwar jedenfalls mehr oder weniger den süßen. Orangen-, auch bittere Marmeladen schmecken zwar nicht süß, aber doch ist der Süßgeschmack derartig, daß er anderen Geschmack und andere Schmeckstoffe nicht leicht zuläßt. Wird man

[1]) Lehrkursus an der Königl. Weinbauschule in Geisenheim a. Rh. unter Leitung von Geh.-Rat Prof. Wortmann.
[2]) Vegetarische Küche und Fleischküche. Zentralbl. f. innere Medizin, 1915, No. 9.
[3]) Fleisch- und Fischküche. Zeitschrift f. physikalische u. diätetische Therapie, 1915.
[4]) Der Geschmack. Zentralbl. f. inn. Med., 1914, No. 35.
[5]) Die Frische der Küche und ihre Bedeutung für die Schmackhaftigkeit. Allg. med. Central-Ztg., 1915, No. 3—6.

etwa zu Marmeladenbrot Wurst, Fleisch usf. nehmen können? Man könnte freilich fragen: was geschieht denn, wenn man es dennoch mit Gewalt täte? Dabei muß man sich stets an den von mir aufgestellten und immer wiederholten Grundsatz halten: Der Gegensatz von Genuß ist Ekel. Und Ekel ist das Vorgefühl von Export, Brechen; Ekel ist Brechreiz, Brechneigung. Der physiologische Import der Nahrungsaufnahme soll doch aber erreicht werden, wenn auch die psychische Lust dazu, der Appetit, ja einmal vernachlässigt bleiben soll.

B. Dazu kommt noch ein weiteres: Eine leicht nachzukontrollierende Tatsache, die aber von der Wissenschaft bisher ganz vergessen bleibt, ist folgende: Man empfindet verschieden leicht und verschieden schnell Uebersättigung und Ekel vor den verschiedenen Lebensmitteln. Selbst der, der z. B. Käse außerordentlich gern ißt, dessen Lieblingsspeise Käse ist, selbst der kann doch verhältnismäßig nur wenig Käse genießen. Dann ist er satt und übersättigt von Käse, ohne aber wirklich vollkommen gesättigt zu sein, vorausgesetzt, daß er nicht noch andere Speisen zu sich nähme. Und auch nicht jeden Tag und zu jeder Mahlzeit könnte der, der leidenschaftlich gern Käse ißt, diesen Käse zu sich nehmen. Man bekommt verschieden leicht und verschieden schnell die verschiedenen Speisen „über". Die Bedeutung dieser populären Beobachtung liegt darin, daß man nach verschiedenen Speisen verschieden rasch Ueberdruß und Ekel empfindet. Und Ekel ist das Grab jedes Genusses und jeder Genußsucht.

Während jeder täglich Brötchen zum ersten Frühstück und zum Vesper, also zweimal täglich verzehrt, und sogar gern, ja abends zum dritten Male, kann man doch nicht auf eine längere Zeit Kuchen an die Stelle der Brötchen setzen oder die Butter durch Marmelade ersetzen. Das ist um so mehr auffallend, als doch jeder vorübergehend, für kurze Zeit sogar mit besonderer Vorliebe Kuchen oder Marmelade ißt, zur Festzeit Kuchen oder Marmelade selbst vorzieht.

Freilich gibt es ja verschiedene Marmeladesorten mit ganz verschiedenem Geschmack und Charakter; und tatsächlich werden uns auch die bitteren, z B. Orangemarmeladen, nicht so leicht und schnell über. Aber trotzdem — und das ist gerade das Interessante — widerstehen alle Marmeladen bei all ihrer Verschiedenheit im Geschmack und Charakter jedenfalls viel leichter und schneller als etwa Butter. Nach Butter verlangt das Volk gebieterisch, trotzdem sie viel teurer ist. Deswegen aber das Volk etwa „genußsüchtig" oder „undiszipliniert" zu schelten, wäre ebenso unrecht wie unwissenschaftlich. Butter wird einem nie über. Butter ist eben geschmacklich neutral wie Brot, daher Brot einem auch nicht so leicht wie Kuchen über wird.

Ebenso verhält es sich mit Tee und Kaffee.

Ich [6]) habe darauf bereits hingewiesen. Kaffee wird jedem leicht „über". Bei Kaffee tritt leichter Ueberdruß ein als bei Tee und alkoholischen Genußmitteln. Selbst die Kaffeeschwestern pflegen nicht so viel Kaffee zu trinken wie die Teetrinker Tee. Tee, Bier usf. bilden den Zutrank zum Essen, nie Kaffee. Da eben Tee von mehr neutralem Geschmack ist, empfindet man den Beigeschmack anderer Speisen deutlicher. Mit Recht spricht man daher von Teewurst", „Teebutter" usf. und nicht von „Kaffeebutter". Tee-Geschmack ist sehr empfindlich, empfindlicher noch der Kaffee. Jener ist der Kammermusik vergleichbar. Tee bereitet man am besten ganz frisch, möglichst sogar bei Tisch. Von Tee trinkt man viel, von Kaffee weniger. Von Tee, Bier, Wein trinkt man viel, von Schnaps weniger. Das wird in den Ernährungswissenschaften prinzipiell übersehen; und daher hinkt der Vergleich, den die Wissenschaften bei Bewertungen der Genußmittel, z. B. Schnaps Bier, anstellen, zum Schaden mancher Gewerbe. Die Ernährungswissenschaften sind auf einem toten Punkt angelangt.

In demselben Verhältnis wie Kuchen zu Brötchen und Marmelade zu Butter hinsichtlich der Schnelligkeit und Leichtigkeit der Erregung von Uebersättigung, Ueberdruß und Ekel steht Fisch- zu Fleischküche. Fischspeisen sättigen bei weitem nicht einmal so wie Fleischgerichte. Und dennoch hat man die Fischküche sehr schnell „über", hingegen die Fleischküche nicht. Derselbe Unterschied wie zwischen Marmelade und Butter besteht eben zwischen Fisch und Fleisch. Auch diesen Unterschied hat die Wissenschaft noch nicht erkannt. Deshalb wiederholt sich hier genau derselbe Fehler in der Wissenschaft wie da.

Das Uebersättigungsgefühl tritt schneller ein bei der Fischküche als bei der Fleischküche. Der deutliche Beweis ist folgende Tatsache: Seit jeher nimmt jeder sogar sehr gern zur täglichen Mahlzeit zwei verschiedene Fleischgerichte und noch mehr zu sich, aber kaum je zwei Gänge von Fisch nacheinander. Das ist ja gerade die Festküche, die mehrmals verschiedene Fleischgänge reicht, aber doch stets nur ein einziges Fischgericht, mag die Reihenfolge auch noch so lang sein, und die Mahlzeit noch so viele Stunden von Tafelfreuden bieten. Deshalb beruht auf einer irrigen Voraussetzung der oft gemachte Vorschlag des vermeintlich wirksamsten Mittels gegen die heutige Fleischnot, daß der Staat sich entschließen solle, die Frachten der Fischbeförderung ins Innenland um ein erhebliches herabzusetzen, um die Fischnahrung zu propagieren. Denn es gelingt der Küche eben nicht, täglich wiederkehrende Fischspeisen so abwechslungsreich herzustellen, daß auf die Dauer der Widerwillen verhütet wird. Ueberraschend schnell tritt Ueberdruß ein, und der Ueberdruß steht dem Ekelgefühl recht nahe. (Schluß folgt.)

[6]) „Geschmack u. Appetit." Zeitschrift f. physikalische u. diätetische Therapie, 1907/08, Bd. XI. — Zentralblatt f. Physiologie, Bd. XXVII, Nr. 2.

II. Referate.

Oberarzt Dr. **Hugo Graetzer**, Reserve-Spital Iglau: **Die Friedenthalschen Gemüsepulver als diätetisches Mittel bei Infektionskranken.** (Klin.-therap. Wochenschr., 1915, No. 48/49.)

Sowohl im Fieberstadium als auch in den ersten Tagen der Entfieberung bildet bei Infektionskranken die Aufrechterhaltung des guten Kräftezustandes die wichtigste Aufgabe des behandelnden Arztes. Um dieser Aufgabe gerecht zu werden, ist es notwendig, in der vorgeschriebenen Diät, die in den gegebenen Grenzen ziemlich einförmig sich gestaltet, manchmal sogar mit Widerwillen von den Patienten genommen wird, durch irgendeines der vielen gangbaren Nährpräparate den Kalorienwert der zugeführten Nahrung zu steigern und dabei doch den schmalen Pfad einer Schonungsdiät einzuhalten. Das Bestreben, den fiebernden Kranken der Infektions-Abteilung Abwechselung in die Diät zu bringen, veranlaßte den Kommandanten des Reservespitals Iglau, ein größeres Quantum von Gemüsepulver zu beziehen und den Abteilungs-Chefärzten zum Versuche und zur Feststellung des Erfolges zu übergeben. Bei Verabreichung der Friedenthalschen Gemüsepulver war es Verfassers erste Sorge, die Art der Zubereitung und Beimengung zu flüssigen oder breiigen Speisen so einzurichten, daß eine zweifellose Bekömmlichkeit resultierte. Während Hafergrütze als Beimengung für Karottenpulver, Milchgrießbrei für Spinatpulver sich nicht bewährten, konnte Verf. eine recht bekömmliche und von allen Kranken mit größtem Appetit genommene Komposition mit Hilfe der in der österreichischen Küche beliebten Einmachsauce für weiße Fleischsorten herstellen. In der Küche des Reservespitals Iglau ist das Kalbfleischeingemachte täglich ein Bestandteil der 2. Diätform, kann also zur Kombination mit Gemüsepulvern jederzeit herangezogen werden. Es wird in der Weise hergestellt, daß man Kalbfleisch in kleinere Würfel schneidet und in einem Einmachbecken unter Zusatz von 10 Eßlöffeln Wasser und etwas gebräunter Zwiebel solange dunsten läßt, bis das Kalbfleisch weich und mürbe geworden ist. Hierzu fügt man blaß hergestellte Einbrenn und Fleischbrühe, indem man vorher ein kleines Stück gebräunte Petersilie beimengt, gibt zu dem Ganzen je nach der gewünschten Konsistenz etwas mehr oder weniger Fleischbrühe zu und mengt nun schließlich 1 bis 2 Eßlöffel Gemüsepulver bei, die man innig mit der Einmachsauce verrührt. Diese Mischung ist sehr schmackhaft und hat sich in Kombination mit Karotten, Spinat und Schnittbohnen sehr gut bewährt. Bohnenpulver ist am besten in klarer Suppe oder Bouillon zu verabreichen, weil schon mit ganz geringen Mengen des Bohnenpulvers ein entsprechender Kalorienwert zu erreichen ist. Es empfiehlt sich auch, vom Bohnenpulver stets ein kleineres Quantum auf einmal zu verabreichen als von den anderen Sorten, weil gerade bei Bohnenpulververabreichung in größeren Mengen abnormer Gärungsablauf eintreten kann. Daß man mit Hilfe der Gemüsepulver imstande ist, auch das im Winter oft schwer zu beschaffende Gemüse leicht zu ersetzen, haben die Erfahrungen bei Verfassers Kranken vor allem gelehrt. Aber auch die Kalorienwerte kann man nicht unbedeutend bei flüssiger Diät steigern,

wenn man z. B. die Diät eines Typhuskranken in Betracht zieht: morgens ¼ Liter Milch mit etwas Kaffee und Zuckerzusatz, mittags ¼ Liter Rindersuppe mit Ei und Gemüsepulver, abends ¾ Liter Rindersuppe mit Ei oder Schleimsuppe. Dazwischen kleine Gaben von Milch und außerdem Eierkognak in Form der Stokesschen Mischung. Mit dieser Kost hat man mit Leichtigkeit dem Kranken das Eiweißminimum von 50 g Eiweiß zugeführt, den Kalorienbedarf auf die entsprechende Höhe gebracht und dem Momente der Bekömmlichkeit Rechnung getragen. Ebenso günstig wie bei Typhuskranken waren auch Verfassers Erfahrungen bei Dysenteriekranken.

Privatdozent Dr. **Emil Fröschels** (Wien): **Eine sprachärztliche Kriegsabteilung.** (Medizin. Klinik, 1915, No. 50.)

Verf. berichtet über seine Tätigkeit in der vom Wiener Militärkommando geschaffenen Institution für Sprachgestörte. Er behandelt zurzeit 25 Aphatiker, 32 Stotterer, fünf hysterische Aphonien, einen Halsschuß mit Aphonie, zwei Kiefernschüsse, zwei hochgradig Schwerhörige, von denen der eine stumm ist, einen Fall von Lähmung des weichen Gaumens nach Durchschuß durch dieses Organ, einen Kranken mit einseitiger peripherer Facialislähmung und eine neurasthenische Sprachstörung. Sowohl bei der Untersuchung als auch in späteren Stadien der Therapie von Aphasien verwendet Verf. einen Koffer, welcher in drei heraushebbaren Fächern etwa 200 Gegenstände, Miniaturspielsachen, enthält. Es sind dies teils verkleinerte Gebrauchsgegenstände aus Küche, Haus und Beruf, teils Tiere, teils menschliche Puppen, teils Wagen der verschiedensten Art und endlich Kriegsutensilien. Was ihre Verwendung bei der Untersuchung anbelangt, so kommt sie vornehmlich in leichteren Fällen in Betracht. Ein Aphatiker, der etwa nicht imstande ist, auch nur seinen Namen zu nennen oder eine Silbenfolge nachzusprechen, wird meist auch keine Gegenstände bezeichnen können. Wenn jedoch einer in einem Rückbildungsstadium der Aphasie alltägliche Fragen gut beantwortet und auch gebräuchliche Dinge, die jeder Arzt bei sich trägt, wie eine Uhr, eine Börse, einen Schlüssel prompt benennt, so gelingt es doch häufig bei der Prüfung mit dem „Aphasiekoffer" aphatisch-amnestische Störungen aufzudecken. Verf. geht dabei so vor, daß er einen Gegenstand nach dem anderen heraushebt und von dem Augenblick an, wo ihn der Pat. zu Gesicht bekommt, eine Stoppuhr laufen läßt, um die Zeit, welche vergeht, ehe er ihn benennt, möglichst genau zu bestimmen. So konnte Verf. an zwei ihm als Bradylalie eingelieferten Kranken eine Kombination von Bradylalie und amnestischer Aphasie feststellen. Der Vorzug körperlicher Gegenstände vor Bildern liegt besonders darin, daß jene anregender wirken und daß man an vielen von ihnen auch ihre Gebrauchsart deutlich zeigen kann. Bei der Therapie wird der Koffer in der Weise verwendet, daß man durch häufiges Benennenlassen und Anregung von Assoziationen die Namen der Gegenstände dem Gedächtnis wieder einprägt. Durch wiederholte Prüfung und Vergleich der Zeiten kann man eine Besserung der Aphasie objektiv feststellen. Nebst der Behandlung der Sprache erfolgt auch die der paretischen Muskeln. Schwedische Massage und Faradisation werden in Verbindung mit Uebungstherapie verwendet. Verf. hat Bambusstäbe von verschiedensten Durchmessern und Kugeln in zahlreichen Größen angeschafft, welche die Patienten in der paretischen Hand halten lernen. Dabei wird, je nachdem ob eine große oder kleine Nummer verwendet wird, gegen Kontrakturstellungen, beziehungsweise gegen die Unfähigkeit, zu greifen, angekämpft. Auch die Holzgabel zur Fingerspreize nach Gara wird benutzt. In leichteren und gebesserten Fällen verwendet Verf. ein Kinderklavier, Bausteine, und auch Turnübungen werden nicht vernachlässigt. Von den Stotterern hat der größte Teil den Sprachfehler erst im Kriege erworben, nur bei einigen handelt es sich um eine Verschlimmerung eines schon seit Jugend bestehenden Stotterns infolge des Krieges. Fast durchweg wird anamnestisch das Niedergedrücktwerden durch den Luftdruck eines explodierenden Schrapnells, in einzelnen Fällen Verschüttetwerden mit Erde aus demselben Grunde angegeben. Die Behandlung der Kriegsstotterer verlangt neben Beruhigung des gesamten Nervensystems eine spezifische Berücksichtigung der Sprachfunktion. Deshalb werden innerliche Mittel und Kaltwasserkuren mit Sprachgymnastik kombiniert. Die Therapie ist äußerst mühevoll. Die hysterischen Aphonien machen unter elektrischer, intralaryngealer und Ausgleichstherapie nach Flatau bis jetzt befriedigende Fortschritte. Bei den Patienten mit organischer Stimmbandlähmung (rechts) hat Verf. durch Uebungen mit Sagittaldruck auf den Schildknorpel ein Vikariieren des gesunden Stimmbandes in der Weise erreicht, daß es beim Phonieren über die Mittellinie geht, um sich dem gelähmten anzulagern. Für die Gaumenlähmung benutzt Verf. den Palatoelektromasseur (Fröschels), und auch für die Zungenverwachsungen nach Kieferschüssen hat er einfache Apparate konstruiert. Sie sehen ähnlich wie Schnurrbartbinden aus, doch besteht ihr Mittelstück aus einer dünnen Elfenbeinplatte. Die Befestigung erfolgt durch zwei um die Ohrmuscheln gelegte Gummischlingen. Gegen diesen Gummizug soll nun der Patient die vor dem Munde liegende Elfenbeinplatte mit der Zungenspitze wegdrängen. So macht er eine Selbstmassage der Zunge, was die schönsten Resultate zeitigte. Kr.

Dr. **Hugo Weiss**, ordin. Arzt: **Die „Bardella"-Binde bei Granatschußwunden.** (Medizin. Klinik, 1916, No. 50.)

Bei den Weichteilverletzungen durch größere Granatsplitter handelt es sich nicht selten um flächenhafte Aufrisse von kolossaler Ausdehnung. Haut, Fettgewebe, sowie Fascien etc. sind bis auf wenige nekrotische, den Wundrändern anhaftende Fetzen wie wegrasiert. Die primäre Naht solcher Wunden verbietet sich wegen der Zweideutigkeit ihres Aussehens von selbst. Nach erfolgter Reinigung glichen diese Wunden denjenigen nach schweren Verbrennungen rein äußerlich in so vollkommener Weise, daß Verf. unwillkürlich auf den Gedanken kam, sie auch als solche zu behandeln. Er legte mehrere Lagen der Bardelebenschen Brandbinde unter leichtem Druck auf die Wunde, darüber einige Lagen Zellstoff und zuletzt einen Okklusivverband. Fast unmittelbar nach dem Verbandwechsel empfanden die Patienten die schmerzstillende Wirkung. In erster Reihe aber steht die überraschende Sekretbehinderung. Wenn Verf. am dritten Tage den Verbandwechsel vornahm, zeigten sich die wenigen Lagen der Bardellabinde nicht etwa durchtränkt, so daß man bei dieser Methode nur von einer besseren Aufsaugung des Sekrets sprechen könnte, vielmehr war stets eine deutliche Sekretverminderung zu beobachten. Zwar hat Verf. die gleiche Wirkung auch mit 90 proz. Alkoholverbänden erzielt. Aber abgesehen davon, daß diese um so schmerzhafter sind, je größer die Wunde ist, so bewirkt der Alkohol bei längerer Anwendung glanzlose, braun und spröde aussehende Granulationen. Bei der Anwendung der Bardellabinde hingegen wird auffallend schnell eine in jeder Beziehung günstige Beeinflussung der Wundheilung erreicht: promptes Nachlassen der Sekretion, Desodorierung, frische Granulation und geradezu überraschend schnell zunehmende Verkleinerung der Wunde von der Tiefe und den Rändern her.

Dr. **Busalla**, Stabsarzt bei einer Sanitätskompagnie: **Ueber schnell improvisierte Schienenverbände bei Schußbrüchen des Oberarms und Oberschenkels.** (Medizin. Klinik, 1915, No. 50.)

Nach Verfassers und anderer Beobachtungen kommen vor allem die Schußbrüche des Oberarms und des Oberschenkels mit ungenügend feststellenden Verbänden in die Feldlazarette. Diesem Mangel in einfacher Weise abzuhelfen und ein Mittel in die Hand zu geben, mit denen auch der Truppenarzt schnell und sicher einen guten und zweckmäßigen Verband bei obengenannten Schußbrüchen anlegen kann, ist der Zweck vorliegender Arbeit: In der Zeit der Ruhe sind Holzlatten und dreifingerbreite Streifen von Blech, Bandeisen oder Drahtgeflecht, wie es zu Garteneinfriedigungen Verwendung findet, leicht beschafft und mit Hilfe einer Drahtschere, die sich bei jeder Truppe befindet, zurecht geschnitten. Die Holzlatten sollen etwa drei Finger breit und 1¼ m lang sein, die Drahtmaschen- bezw. Blech- und Eisenstreifen sollen etwa ebenso breit und etwa ½ bis ¾ m lang sein. Da dieses Schienenmaterial wenig Platz beansprucht, kann es im Sanitätswagen leicht mitgeführt werden. Um nun bei Oberarmbrüchen dem Arm eine günstige Stellung für die Heilung und für spätere gute Funktion zu geben, muß er im Schultergelenk leicht abduziert stehen, und das erreicht man am besten mit Hilfe des altbekannten Middeldorpfschen Triangels. Ein solches wird nach dem Maßverhältnis des gesunden Armes aus dem Metallstreifen zurecht gebogen, gepolstert und dann, nachdem die Ein- und Ausschußöffnung mit einem Wundverband versehen sind, am Brustkorb mit einigen Bindentouren festgelegt, indem die Binde über die Grundlinie des aus der Schiene geformten Dreiecks läuft. Wichtig sind dabei einige Touren, die über die gesunde Schulter gehen. Dann wird der Arm an den beiden Schenkeln des Dreiecks mit Bindentouren, die ebenso wie die um den Brustkorb gelegten Touren durch Stärkebinden mehr Festigkeit erhalten, festgewickelt. Dabei bleibt die Gegend des Wundverbandes von den die Schiene fixierenden Touren frei. Um den gebrochenen Oberschenkel zu fixieren, dient die Holzlatte, an deren unterem Ende der ebenso breite, ½ m lange Blechstreifen aufgenagelt ist. Die Holzlatte wird entsprechend dem Längenmaß des gesunden Beines durch Absägen des oberen Endes so weit gekürzt, daß sie vom Rippenbogen bis zum Außenrand der Fußsohle reicht. Nach Anlegung des Wundverbandes wird die gepolsterte Holzschiene wieder unter Freilassen des die Wunde deckenden Verbandes so am Becken und Bein angewickelt, daß der an ihrem unteren Ende befindliche Blechstreifen über die Fuß-

sohle hinweg umgebogen an der Innenseite des Unterschenkels aufsteigt. Während des Anwickelns der Schiene wird das Bein unter Zug in leichter Abduktion gehalten und vorher entsprechend der welligen Linie der Außenseite des Beines eine Zwischenpolsterung zwischen Schiene und Bein mit Stroh oder Polsterwatte gelegt. Sollte aber eine der Schußöffnungen gerade auf die Schiene zu liegen kommen, so muß in diesem Falle die ganze Holzlatte samt angenageltem Blechstreifen durch eine an der Stelle der Wunde nach außen ausgebogene Schiene aus Bandeisen oder verzinktem Drahtgeflecht ersetzt werden. Kr.

Dr. **A. Hirschberg**, Frauenarzt in Berlin: **Intrauterine Skelettierung des retinierten Kopfes.** (Berl. klin. Wochenschr., 1916, No. 3.)

Es handelt sich um eine 40 jährige Frau, welche bereits zwei Partus und einen Abort durchgemacht hatte. Sie kam zu Verf. mit Klagen über einen anhaltenden blutigen Ausfluß und Schmerzen im Leib und Kreuz. Dabei gab sie an, daß sie vor drei Wochen ärztlicherseits an Abort im dritten Monat behandelt und der Uterus ausgeräumt worden sei. Verf. fand bei der Untersuchung der ziemlich stark anämischen und fettleibigen Patientin den Uterus bis in Nabelhöhe reichend vergrößert und hart. Auf Grund dieses Befundes und der Anamnese, welche ergab, daß Patientin auch an profusen Menstrualblutungen litt, stellte er die Diagnose auf Myoma uteri, verordnete der Frau zunächst ein Stypticum und riet ihr dringend zur Operation, indem er den blutigen Ausfluß auf die Myome zurückführte. Nach einigen Tagen erschien die Pat. wieder und brachte Verf. einen kleinen, weißen, harten Körper mit, der mit dem blutigen Ausfluß per vaginam abgegangen war. Bei Betrachtung dieses kleinen Fremdkörpers stellte H. fest, daß es sich um die Hälfte eines fötalen Unterkieferknochens handelte. Bei Einstellung des Orificium uteri im Speculum entdeckte er aus dem Cervikalkanal herausragend einige weiße Knochenstückchen. Er entfernte sie vorsichtig mit der Kornzange. So gelang es ihm nach und nach die Knochenstücke des fötalen Kopfskeletts zu extrahieren, zum Teil vollständig erhalten, zum Teil als Fragmente. Darnach dilatierte Verf. das Uteruskavum und entfernte noch einen größeren Weichteilrest des Kopfes nebst Blutcoagulis. Die Heilung verlief glatt. Besonders zu betonen ist, daß während der ganzen Beobachtungszeit kein Fieber und kein übelriechender Ausfluß bestanden. Der klinische Verlauf entspricht vollständig den bisher beobachteten Fällen (aseptischer, fieberloser Macerationsvorgang). Der Skelettierungsvorgang beruht auf einer Autolyse, auf Wirkungen von Fermenten in der Frucht. Außerdem gibt die Kombination von Myom mit intrauteriner Skelettierung, sowie die lange Retention des Caput foetale diesem Falle das besondere Gepräge. Kr.

III. Tagesgeschichte.

Standesangelegenheiten, Medizinal-Gesetzgebung, soziale Medizin etc.

Dresden. Der kommandierende General des XII. Armeekorps hat unter dem 29. März d. Js. zur Bekämpfung der Kurpfuscherei auf dem Gebiete der **Geschlechtskrankheiten und Frauenleiden** folgende Verordnung erlassen: Im Interesse der öffentlichen Sicherheit wird verboten, 1. daß sich nichtapprobierte Personen durch öffentliche Ankündigungen zur Behandlung von Geschlechtskrankheiten oder Frauenleiden erbieten; 2. daß Behandlungsarten oder Mittel zur Heilung, Linderung oder Verhütung solcher Leiden öffentlich angekündigt oder angepriesen werden. Der öffentlichen Ankündigung oder Anpreisung steht es gleich, wenn in öffentlichen Bekanntmachungen auf Druckschriften oder sonstige Mitteilungen verwiesen wird, die eine Anpreisung solcher Mittel oder Behandlungsarten enthalten. Veröffentlichungen in ärzlichen und pharmazeutischen Fachzeitschriften fallen nicht hierunter. Zuwiderhandlungen gegen dieses Verbot werden auf Grund von § 9b des Gesetzes über den Belagerungszustand in Verbindung mit dem Gesetz vom 11. Dezember 1915 bestraft.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Prof. Dr. Albert Fraenkel ist anläßlich seines Rücktritts von der Stellung als Direktor des städtischen Urban-Krankenhauses unter Ueberreichung einer seine Verdienste würdigenden Adresse zum Ehrenpräsidenten der „Vereinigung der Direktoren und dirigierenden Aerzte der Berliner Krankenanstalten“ ernannt worden.

— Die Kaiserlich medizinische Gesellschaft in Konstantinopel hat anläßlich ihres 60. Stiftungsfestes den bekannten Chirurgen Prof. Dr. James Israel (Berlin) zum Ehrenmitgliede ernannt.

Breslau. Als Nachfolger des verstorbenen Prof. Alzheimer ist Prof. Dr. Oswald Bumke in Rostock auf den Lehrstuhl der Psychiatrie hierher berufen worden, wird aber sein neues Lehramt erst im kommenden Wintersemester antreten.

Frankfurt a. M. Der Zahnarzt Prof. Dr. F. Schaeffer-Stuckert hat sein Lehramt an der Universität niedergelegt.

Rostock. Dem Privatdozenten der Anatomie Dr. F. K. Walter ist der Titel und Charakter eines Universitätsprofessors verliehen worden.

Heidelberg. Dem Privatdozenten der inneren Medizin Dr. E. Grafe ist der Titel eines außerordentlichen Professors verliehen worden.

Gerichtliches.

Leipzig. Im vorigen Jahre war in einem schlesischen Reservelazarett ein verwundeter Soldat, dem unter lokaler Anästhesie eine Kugel aus dem Oberschenkel entfernt werden sollte, infolge Arzneiverwechslung gestorben, indem die von dem Operateur, Sanitätsrat Dr. H., mit der Herstellung der zur Anästhesie bestimmten Novocainlösung beauftragte Krankenschwester anstatt Novocain Kokain verwendet hatte. Vom Landgericht Glatz war deshalb die Krankenschwester wegen **fahrlässiger Tötung** zu drei Wochen Gefängnis verurteilt worden, während der Arzt freigesprochen worden war. Gegen letzteres Urteil hatte die Staatsanwaltschaft Revision eingelegt, die der Reichsanwalt auch für begründet hielt. Das Reichsgericht erkannte jedoch auf Verwerfung der Revision, da es der Ansicht war, daß Sanitätsrat Dr. H. in keiner Hinsicht die gebotene Vorsicht außer Acht gelassen habe.

Dresden. Wegen **fahrlässiger Körperverletzung** wurde der homöopathische Krankenbehandler W. vom hiesigen Landgericht zu acht Monaten Gefängnis verurteilt. Seine Schuld wurde darin gefunden, daß er eine an Krebs erkrankte Frau mit wirkungslosen Mitteln behandelt und dadurch der ärztlichen Behandlung und der Operation entzogen hatte. Die Verhandlung gestaltete sich dadurch interessant, daß der bekannte Krebsforscher Dr. Zeller seitens der Verteidigung als Sachverständiger aufgeboten war. Dieser führte aus, daß die Wissenschaft im Kampfe gegen den Krebs bisher versagt habe, weder Operationen, noch die radiotherapeutischen Methoden, noch seine eigene Methode könnten sichere Heilung herbeiführen, und man dürfe daher einem Nichtarzt nicht wegen Anwendung wirkungsloser Mittel bei Krebskranken schuldhaftes Verhalten zum Vorwurf machen, so lange die Wissenschaft nicht über sichere Mittel verfüge.

Verschiedenes.

Berlin. Ein Ausschuß von Aerztegattinnen, an dessen Spitze Frau Marie von Leyden, die Witwe des unvergessenen Berliner Klinikers, steht, hat es in die Hand genommen, eine **„Spende der Berliner Aerztefrauen“** ins Leben zu rufen, die für die größere, Kriegswohlfahrtszwecken dienende Organisation „Spende Deutscher Frauendank“ einen Beitrag sammeln soll.

IV. Amtliche Mitteilungen.

Bekanntmachung.

Die Tetanus-Sera mit den Kontrollnummern 264 bis 268, geschrieben: „Zweihundertvierundsechzig bis zweihundertachtundsechzig“, einschließlich aus den Höchster Farbwerken, der Kontrollnummer 96, geschrieben: „Sechsundneunzig“, aus den Behringwerken in Marburg sind wegen Ablaufs der staatlichen Gewährdauer vom 1 April d Js. ab zur Einziehung bestimmt.

Flaschen mit diesen Kontrollnummern dürfen hinfort nicht mehr in den Apotheken abgegeben werden und können nach der Vereinbarung mit dem Laboratorium bei kostenfreier Einsendung kostenlos gegen einwandfreies Serum eingetauscht werden.

Berlin, den 27. März 1916.

Der Polizeipräsident.
I. A.: Schlegtendal.

Bekanntmachung.

Das Diphtherie-Heilserum mit den Kontrollnummern 348 und 349, geschrieben: „Dreihundertachtundvierzig und dreihundertneunundvierzig“, aus der Chemischen Fabrik E. Merck in Darmstadt ist wegen Abschwächung zur Einziehung bestimmt

Flaschen mit diesen Kontrollnummern dürfen hinfort nicht mehr in den Apotheken abgegeben werden und können nach der Vereinbarung mit dem Laboratorium bei kostenfreier Einsendung kostenlos gegen einwandfreies Serum eingetauscht werden.

Berlin, den 27. März 1916.

Der Polizeipräsident.
I. A.: Schlegtendal.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: San.-Rat Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil S. Caspari, Berlin-Schöneberg
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW. 68, Alexandrinenstraße 110.

85. Jahrgang **Berlin, 22. April 1916** **No. 17**

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Steinplatz 105 56

85. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Die Wissenschaft der Ernährung auf einem toten Punkt.

Butter- und Marmeladen-Küche.

Von

Wilhelm Sternberg (Berlin).

(Schluß.)

C. Dazu kommt noch ein Faktor, der für die Praxis von Nahrung und Nahrungs-Aufnahme besondere Beachtung erheischt, so sehr er auch in der Theorie der Wissenschaften bisher vergessen geblieben ist. Es kommt nämlich auch auf die Erregung bezw. Verlegung des Appetits an, soweit sich dieser Appetit auf die Aufnahme der erst später nachfolgenden Speisen bezieht. Und Süssigkeiten wie Marmeladen verlegen nicht bloß den Appetit, soweit sich dieser Appetit auf die Fortsetzung im Genießen derselben Süssigkeiten bezieht, sondern Süssigkeiten verlegen sogar den Appetit allgemein auf alle nachfolgenden Gerichte. Deshalb benutze ich diese Tatsache als Kunstgriff für meine Entfettungskur.

Daher kommt es auch, daß man Süssigkeiten seit jeher in der traditionellen Reihenfolge der Speisen gerade an das Ende der Mahlzeiten legt, ebenso wie Kaffee. Freilich kommt es auch vor, daß mitunter süße Getränke in die Mitte der Mahlzeit eingeschoben werden, oder daß Kaffee in England als Zutrank zu allen Gerichten während der ganzen Mahlzeit gereicht wird, oder Zigaretten oder eine Eisspeise. Doch sind das erstlich nur Ausnahmen, außerdem sind diese Ausnahmen gerade bei lang ausgedehnten Mahlzeiten beliebt, und schließlich beweisen diese Ausnahmen die physiologische Richtigkeit des Gesagten am besten, sie bilden nicht etwa einen Gegenbeweis. Denn man reicht diese gerade fürs Ende der Mahlzeit, zum Abschluß bestimmten Genußmittel, um den Genießenden eine Erholung von den Tafelfreuden zu bieten, um eine Pause, einen gewissen Abschluß herbeizuführen, um einem Ekel vor der späteren Fortsetzung vorzubeugen, genauso wie ein Konzert, selbst eine Sinfonie oder ein Schauspiel doch auch Pausen verlangt.

Für den wahren Genuß beim Genießen der Genußmittel kommt es immer an auf zwei Dinge. Das ist erstlich das geschmackliche Harmonieren der verschiedenen Geschmäcke der einzelnen Speisen und der Beigeschmack und der Nachgeschmack in der Reihenfolge. Das geschmackliche Harmonieren, der Simultankontrast, und der sukzessive Kontrast, der Beigeschmack und Nachgeschmack, haben schon großen Einfluß auf Genuß und Genießen, auf Nahrungs-Aufnahme und Lust zur Nahrungs-Aufnahme. Nur sind diese subtilen und komplizierten Beziehungen nicht so leicht aufzufinden. Deshalb ist die Tatsache doppelt auffallend, daß sämtliche Forscher ohne Ausnahme diese vielseitigen Beziehungen übersehen haben, und daß die Künstler, die Schriftsteller diese Beobachtungen regelmäßig hervorheben. So berichtet jüngst Walter Bloem (Das verlorene Vaterland, S. 95): „Und nun geschah etwas Schreckliches; die Elsässer, sowie sie ihre Zigarren in Brand gesetzt, schoben selbstverständlich ihre Römer beiseite.

Die Deutschen aber qualmten behaglich ihre mächtigen Importen und — — tranken dazu weiter . . . . nach der süßen Speise — ! ! Wein und Nikotin . . . auf dieselbe Zunge . . . immer abwechselnd. . . . Nein — es waren doch Barbaren." Natürlich hat das Bloem nur ironisch gemeint.

D. Ein Drittes darf auch nicht vergessen werden. Die Technik der Küche erfordert nun einmal Butter oder Fett. Denn erstlich ist Kochen im engeren Sinne nicht etwa die einzige technische Manipulation der Küche, und zweitens: man kann nicht immer bloß Kochfleisch essen, man bekommt es „über". Der Berliner Physiologe Rubner[7]) berücksichtigt das nicht. Wiederum ist es der Ekel, das Abwehrgefühl, das die Grenze angibt. Ohne Fett ist die Küche unmöglich gemacht. Alles kann die Küche entbehren, bloß Fett nicht. Das Schmiermittel gehört zur Küche wie zu jeder Maschine. Und nun lese man einmal, wie sich Professor Carl Oppenheimer[8]) über Fett und Butter äußert.

E. Butter und Fett haben schließlich noch einen physikalischen Vorzug; Fett macht die Speisen schlüpfrig, sie rutschen besser. Aus diesem Grunde läßt man bei Oesophagusstenosen die Kranken Butter schlucken vor der Sondierung. Aber Rubner[9]) kennt diesen Wert der Fette nicht und rügt daher den „Unfug" (sic!) der Arbeiter, „keinerlei Brot ohne Fettbelag zu essen"!!! Butterkuchen ist nicht so trocken. Und dieses physikalisch-mechanische Moment ist sehr wichtig für manche Kranke, für die die taktile Qualität der Speisen von Bedeutung ist. Das sind nämlich die Oesophagus-, Asthma-, Pertussis-, Kehlkopf-, Nervenleidenden. Auch deshalb zieht man Braten dem Kochfleisch vor. Kochfleisch gibt keine Sauce zur Kartoffel. Das vergißt Rubner wiederum.

Sogar bei der Butter hat man noch besonders auf die verschiedenen Faktoren zu achten, wenn man das verhüten will, was stets als unüberwindliches Hemmnis der Nahrungs-

[7]) „Volksernährung". Zentralverein für das Wohl der arbeitenden Klassen. Berlin, 28. Oktober 1915. Verlag von Leonhard Simion Nf., Berlin. 1916, S. 30.

[8]) „Kriegskost", No. 48 vom 12. XI. 1915 und an vielen anderen Orten.

[9]) Ebenda, S. 31.

Aufnahme und der Lust zur Nahrungs-Aufnahme entgegensteht. Das ist nämlich immer wieder die Erregung von einem und nur einem Gefühl, dem Ekelgefühl. Für die Butter kommen nicht weniger als 4 Faktoren in Betracht:

1. Temperatur.
2. Aggregatzustand.
3. Verteilung.
4. Intensität.

1. Kalte, ja eiskalte Butter ist leichter zu nehmen als warme.

2. Feste Butter ist leichter zu nehmen als flüssige.

3. Mit Brot oder Kartoffeln ist Butter leichter zu nehmen als ohne Brot und ohne Kartoffeln. Ebenso sind umgekehrt Brot und Kartoffel leichter zu nehmen mit Butter als ohne Butter. Deshalb wirft man nicht etwa einen Klumpen Butter aufs Brot, sondern streicht wohlweislich die Butter gleichmäßig aufs Brot. Deshalb streicht man auch, wenn es irgend geht, nicht etwa eine Scheibe mit doppelt soviel Butter, wenn man eine zweite Brotscheibe darauflegen will, also das macht, was der Berliner „Klappstullen" nennt, sondern besser schmeckt es, wenn man zu diesem Zweck sich die doppelte Arbeit nicht verdrießen läßt und beide Seiten gleichmäßig mit Butter streicht, und zwar beide mit genau derselben Quantität Butter. Ebenso nimmt man nicht erst Buttersauce und dann, nachdem man diese verzehrt hat, erst die Kartoffel, oder umgekehrt, man nimmt nicht etwa erst alle Kartoffeln zu sich und dann erst die Sauce, nicht einmal eine ganze trockene Kartoffel nimmt man zu sich erst für sich allein und die Sauce etwa ebenfalls für sich allein; man nimmt auch nicht etwa die Buttersauce zur Hälfte für sich allein und dann die Hälfte Kartoffeln allein, sondern im Gegenteil zu jeder Kartoffel, zu jedem Bissen Brot nimmt man ein gewisses Quantum Butter oder Sauce. Fett beansprucht etwas Trockenes. Und Trockenes erfordert Fettes oder Flüssiges. Zu Tee will man Teegebäck. Trockene Kuchen erwecken das Verlangen nach Getränken.

4. Eine zu große Quantität Butter würde auch widerstehen, d. h. Ekel erregen. Daher schmiert man nicht etwa die ganze Butter auf die Mitte der Brotscheibe, indem man etwa den Rand der Brotscheibe von Butter frei ließe. Denn dann würden beide Teile keinen Genuß bereiten, sondern beide Teile gleichmäßig hohe Unlustgefühle erregen. Fettaugen sind ekelhaft, so daß man sie nicht einmal sehen kann. Dagegen fein zerteilt im Salat schmeckt Oel vortrefflich.

So vielseitig und kompliziert sind die Faktoren für die Nahrungs-Aufnahme in physiologisch-physikalischem Sinne und für die Lust zur Nahrungs-Aufnahme, also für den Appetit, in psychischem Sinne. Das alles sieht heutzutage im Krieg jeder mehrmals tagtäglich bei der alltäglichsten all seiner Beschäftigungen, nämlich beim Essen. Um so seltsamer, daß von all dem die Wissenschaften keine Notiz genommen haben. Denn wie es im Buche steht, in der Theorie der exakten Wissenschaften, ist es anders, ach ganz, ganz anders als in der Praxis. Bequem trösten sich da die Exakten mit dem billigen Zugeständnis: Wir müssen eben umlernen. Wir müssen vom Kriege lernen. Doch ist auch das objektiv unrichtig. Jene hätten nämlich schon vor dem Krieg umlernen können, ja müssen. Denn ich habe diese Tatsachen in meinen zahlreichen Arbeiten wahrlich oft genug hervorgehoben. Ueberdies dürfte man nach dem Krieg wiederum in den alten Fehler verfallen. Das beweist folgende Tatsache.

Die Tagespresse (Berliner Tageblatt, März 1916) veröffentlicht soeben folgende Notiz:

Das neue Kaiser-Wilhelm-Institut für Arbeitsphysiologie und Arbeitshygiene, für das im Jahre 1914 die Kaiser-Wilhelm-Gesellschaft die nötigen Mittel bereitgestellt hatte, ist jetzt vollendet und wird noch im Laufe dieses Monats oder spätestens im April bezogen werden. Die Inneneinrichtung und die Ausstattung der einzelnen Laboratorien sind soweit vorgeschritten, daß die Gelehrten mit den Arbeiten im neuen Institut beginnen können.

Das neue Institut erhebt sich in der Invalidenstraße neben dem Universitätsinstitut für Physiologie. Die Leitung hat der Direktor des physiologischen Instituts, Geheimrat Professor Dr. Rubner. Ihm sind unterstellt Privatdozent Dr. Thomas für physiologisch-chemische und Stoffwechselarbeiten, Professor Dr. Weber für experimentell-physiologische und psychologische und Dr. Albrecht für statistisch-nationalökonomische Studien. Ueber die Aufgaben und Ziele des neuen und völlig eigenartigen Instituts ist vor längerer Zeit bereits an dieser Stelle gesprochen worden. Das Institut wird gerade in der heutigen Zeit eine außerordentlich wichtige Aufgabe zu erfüllen haben, insofern es über Nährwert der Speisen, über die Volksernährung und Volkserziehung gründliche Studien auf einer gesicherten Grundlage anstellen wird.

Ja, so muß man doch endlich fragen, hat man denn immer noch nicht den Nährwert herausgerechnet? Auf Nährwert und Nutzwert kommt es doch wahrhaftig nicht allein an, wie ich[10]) soeben erst wieder bewiesen habe. Ebenso ist es mit den Fehlern der Wissenschaften in der Bewertung der Genußmittel, im besonderen der alkoholischen Genußmittel. Ich habe bereits vor dem Kriege über „Alkohol im Feldzug" (D. med. Pr., 7. Februar, No. 3, S. 25) berichtet. Wie sind meine Arbeiten in der Militärärztl. Zeitschrift angegriffen, ja geschmäht worden! Man lese beispielsweise, was der Oberstabsarzt Brunzlow[11]) schreibt! Unter diesen Irrtümern der Wissenschaften leidet heute mancher Stand, wie der der Lokomotivführer, worauf ich[12]) schon einmal hingewiesen habe, ja das gesamte deutsche Volk. Die Fehler der Wissenschaften beziehen sich auf die Vorschläge der Kriegsküche für Butter, für Kartoffeln, ebenso wie für Fleisch. Die Wissenschaften der menschlichen Nahrung und der menschlichen Ernährung sind auf einem toten Punkt angelangt.

Man darf in Zukunft für die menschliche Nahrung nie vergessen die sinnlichen und seelischen Faktoren:

I. „Geschmack" im weitesten Sinn des Wortes:
 a) zur Verhütung des Ekels,
 b) zur Erregung der Genußsucht, des Appetits.
II. 1. Appetit-Erregung und Appetit-Erhaltung.
 2. Sättigungs-Gefühl.
 3. Uebersättigungsgefühl = Ekel.

II. Referate.

Dr. **Herbert Koch** (Wien): **Die Tuberkulinbehandlung im Kindesalter.** (Münch. med. Wochenschr., 1915, No. 27.)

Verf. berichtet über die Erfahrungen, die in der Universitäts-Kinderklinik zu Wien mit der Tuberkulinbehandlung gemacht wurden. Die Tuberkulinbehandlung wurde dort in Verbindung mit einer Allgemeinbehandlung (Freiluft-, Sonnen- und Mastkur) durchgeführt. Zweimal wöchentlich wurde subkutan Alttuberkulin injiziert, und zwar in steigenden Dosen von 0,001—1 mg in 10 ccm physiologischer Kochsalzlösung. Die Steigerung der Dosis wurde in geometrischer Progression vorgenommen, und zwar wurde entweder eine rasche, oder eine mittelrasche oder eine langsame Steigerung gewählt. Die auf die Injektion von Tuberkulin folgenden Reaktionen waren verhältnismäßig selten und bis auf wenige Ausnahmen ohne schädliche Wirkung. Die Ergebnisse waren zum größten Teil gut. Nur in Fällen von schweren phthisischen Prozessen in der Lunge, dann in Fällen, die außerordentlich heftig auf Tuberkulin reagierten (Skrofulose, Hauttuberkulose, Pleuritis) waren keine guten Resultate zu erreichen. In je einem Fall von multipler Drüsentuberkulose und Säuglingstuberkulose wurde der Verlauf der Erkrankung nicht beeinflußt. Bei allen anderen Formen der tuberkulösen Erkrankung war ein guter Einfluß auf den Allgemeinzustand und die lokalen tuberkulösen Prozesse zu konstatieren. Als Kontraindikationen gegen die spezifische Behandlung haben zu gelten schwere phthisische Prozesse der Lungen, Amyloidose der parenchymatösen Organe, Fälle mit sehr starker Reaktion auf Tuberkulin, miliare Tuberkulose und Meningitis tuberculosa.

R. L.

Prof. Dr. med. **Hermann Eichhorst** (Zürich): **Die Behandlung chronischer Herzmuskelinsuffizienz.** (Deutsches Archiv für klin. Medizin, Bd. 118, H. 4 u. 5.)

Verf. unterscheidet zwischen der vorübergehenden und dauernden Herzmuskelschwäche. Die vorübergehende Herzmuskelschwäche bildet in der Regel den Vorläufer der letzteren. Im allgemeinen ist sie einer wirksamen Behandlung viel leichter zugänglich als die dauernde Herzmuskelschwäche. Um eine vorübergehende Herzmuskelschwäche mit Erfolg zu bekämpfen, hält Verf. außer Bettruhe und Milchkost eine Verbindung von gepulverten Fingerhutblättern und Diuretin als

[10]) „Das Utilitäts-Prinzip der Diätetik und das Genuß-Prinzip der Kunst." Allg. Med. Central-Ztg., 1916, Nr. 2.

[11]) „Wehrkraft und Alkohol." Veröffentlichungen des „Mäßigkeitsverlags." Berlin W. 15.

[12]) „Ernährungstherapie der Zukunft: Vereinigung der Diätetik mit der Sinnesphysiologie." Zeitschr. für physik. u. diät. Therapie, 1916, Bd. XX.

dasjenige Mittel, welches am sichersten und schnellsten zu wirken pflegt (Rep. Fol. Digital. pulv. 0,1, Diuretini 1,0, Sacchari 0,5 — 3 mal täglich 1 Pulver zu nehmen). Einen wesentlich größeren Widerstand leistet die chronische Herzmuskelschwäche allen unseren therapeutischen Bemühungen. Besonders übel daran sind solche Kranke, welche sich der Obhut eines Arztes anvertraut haben, der sich von der Meinung beherrschen läßt, daß ein chronischer Gebrauch von Digitalispräparaten stets mit großen Gefahren verbunden ist. Diese Gefahren sind von älteren Aerzten sehr überschätzt worden. Ein wesentlich größerer Nachteil einer chronischen Digitalisbehandlung liegt nach Verfs. Erfahrung darin, daß sich das Herz schließlich nicht mehr den tonisierenden Einflüssen der Digitalis zugänglich erweist. Verf. hat seit länger als zwei Jahren sehr reichlich Gelegenheit gehabt, bei der Behandlung dauernder Herzmuskelschwäche von einem Heilverfahren Gebrauch zu machen, dessen Erfolg ihn fast ausnahmslos in so hohem Grade befriedigt hat, daß er nicht ansteht, es zur Nachahmung zu empfehlen. Es besteht in der täglichen Verabreichung eines Klysmas, welches aus 5 ccm lauwarmen Wassers, 10 Tropfen Digalen Cloetta, 10 Tropfen Tint. Strophanti und 0,3 Theocin besteht. Verf. hebt hervor, daß sich sehr häufig nach längerer Anwendung der Mikroklysmen eine auffällig weitgehende Verkleinerung der Herzdämpfung nachweisen ließ. Eine andere Erfahrung besteht darin, daß Verf. mitunter für längere Zeit kein Herzgeräusch mehr zu hören bekam, auch dann nicht, wenn dieses vor Beginn der Behandlung sehr laut und langdauernd bestanden hatte. Daß unter der Mikroklysmenbehandlung eine dauernde Heilung eines Herzklappenfehlers eintrat, hat Verf. bisher nie beobachtet und auch in Anbetracht der vorgeschrittenen finalen Herzveränderungen gar nicht erwartet. Von den früher so sehr gefürchteten kumulativen Wirkungen der Digitalis bei längerer Anwendung hat E. bisher nie etwas zu sehen bekommen. Ungewöhnliche Pulsverlangsamung bezw. Pulsbeschleunigung, Pulsunregelmäßigkeiten kamen nicht vor und zwangen E. nicht, die Behandlung auszusetzen.

Prof. Dr. **Adolf Schmidt** (Halle): **Heilung eines Falles schwerer Spru durch Sauerstoffeinläufe.** (Zentralbl. f. inn. Medizin, 1916, No. 4.)

Das Wesen der eigenartigen, unter dem Namen Spru (Sprew) oder Diarrhoea alba bekannten, in Indien und Südchina häufigen Darmkrankheit ist noch unbekannt. Das Leiden äußert sich in dem Auftreten sehr reichlicher, dickbreiiger bis flüssiger Stuhlgänge von weißlich-gelbem fetten Aussehen, welche den tonfarbenen Ikterusstühlen ähneln, sich aber von ihnen durch die Anwesenheit vom Schaum bezw. Gasblasen unterscheiden. Diese Gasentwicklung rührt, wie die chemische und mikroskopische Untersuchung nachweist, nicht von einer Gärung unresorbierter Kohlehydratreste, aller Wahrscheinlichkeit nach auch nicht von Eiweißfäulnis her, sondern offenbar von einer Zersetzung des massenhaft mit dem Stuhle zu Verlust gehenden Nahrungsfettes. Daher auch der penetrante eigenartige Geruch und die saure Reaktion der Fäces, in denen anderweitige krankhafte Produkte, insbesondere Schleim, meist völlig fehlen. Infolge der Durchfälle und der damit zusammenhängenden Verdauungsbeschwerden magern die Kranken allmählich immer mehr ab, sie werden schwach und blutarm. Zeitweise, namentlich im Beginn der Krankheit, treten aphthenartige Eruptionen auf der Mundschleimhaut hervor; die Zunge wird schließlich glatt und trocken wie bei der perniziösen Anämie, und unter völliger Erschöpfung kann nach vieljähriger Dauer des Leidens der Tod erfolgen. Anatomische Befunde sind bisher nur zweimal erhoben worden. Sie haben eine durch den ganzen Intestinaltraktus hindurchgehende leichte Schleimhautaffektion ergeben, welche bald mit vorwiegendem Epithelschwund, bald mit Hyperämie, Zelleninfiltration und chronischer Wucherung der Mucosa einhergeht und stellenweise zur Bildung kleiner Geschwüre führt. In ätiologischer Beziehung kann es keinem Zweifel unterliegen, daß wir es mit einer infektiösen Erkrankung zu tun haben, die aber nicht von Mensch zu Mensch übertragen wird. Therapeutisch bewährt sich in nicht wenigen Fällen von Spru eine über längere Zeit streng durchgeführte absolute Milchdiät. Daneben werden manchmal frische und gekochte Früchte (Erdbeeren, Pfirsiche usw.) auffallend gut vertragen. Schönen Erfolgen mit diesem Regime stehen aber auch viele Mißerfolge gegenüber, von denen Verf. selbst eine Reihe von Beispielen erlebt hat. Spezifisch wirkende Medikamente sind bisher unbekannt. Seitdem Verf. 1912 auf den Sauerstoff als ein zur Bekämpfung von Zersetzungsprozessen des Darminhaltes manchmal sehr wirksames Mittel aufmerksam gemacht hat, hat er ihn auch bei solchen Fällen von Spru, welche diätetisch nicht oder schwer zu beeinflussen waren, wiederholt in Anwendung gezogen. Verf. teilt einen Fall mit, bei dem ein so in die Augen springender und vollständiger Erfolg eintrat, daß er geradezu als ein spezifischer erschien. Kr.

Hofrat Prof. Dr. **Ludwig R. Rydygier v. Ruediger**, zurzeit Chefarzt des Kriegsspitals in Brünn: **Ein neues Hauttransplantationsverfahren beim vorstehenden Knochenstumpf nach sogenannter linearer Oberschenkelamputation anstatt der Reamputation.** (Zentralbl. f. Chir., 1916, No. 8.)

Um die nach der Reamputation resultierende Verkürzung des Stumpfes zu vermeiden, hat man schon längst Hauttransplantationen verschiedener Art ausgeführt: In den beiden letzten Fällen hat Verf. folgendes Verfahren zur Bedeckung des vorstehenden Knochenstumpfes gewählt: Es wird in der Mitte der Innen- oder Außenfläche des Oberschenkels ein ca. 4 cm langer, vertikaler Schnitt nach abwärts geführt, wo er bogenförmig nach vorn umbiegt, um leicht nach unten geschweift gegen die Mitte der Vorderfläche des Oberschenkels in die Höhe zu steigen. Von oben geht der Schnitt ebenso wie in seiner ersten Hälfte leicht geschweift abwärts und über die zweite Hälfte der Vorderfläche des Oberschenkels zur Mitte der Außen- oder Innenfläche, indem er zum Schluß wieder abbiegt und ca. 4 cm vertikal wieder in die Höhe steigt. Der so umschriebene Lappen läßt sich leicht von der Fascie ablösen und nach unten quer über den Knochenstumpf verschieben. Sein unterer (hinterer) Rand wird an den hinteren Hautrand der anfangs angefrischten Wunde genäht — in die Ecken oder die Mitte Drains. Die über dem verschobenen Lappen entstehende Wunde läßt sich zum großen Teil durch entsprechende Naht — im Winkel oben wird angefangen — verkleinern; der Rest wird mit Thierschschen Läppchen, vom anderen Oberschenkel entnommen, ganz bedeckt. In beiden so operierten Fällen hat Verf. eine vorzügliche Bedeckung nicht nur des Knochenstumpfes mit gesunder Haut erreicht, sondern auch der ganzen unteren Stützfläche des Stumpfes. Die Narben liegen hinten und vorn außerhalb der Stützfläche. Nachfolgende Massage, Uebung usw. müssen den Stumpf zur direkten Belastung geeignet machen.

Dr. **C. W. J. Westermann** (Haarlem): **Zur Methodik der Deckung von Schädeldefekten.** (Zentralbl. f. Chir., 1916, No. 6.)

Verf. hat seit dem Jahre 1897 traumatisch entstandene Defekte des knöchernen Schädels heteroplastisch mittels ausgekochten Tierknochens gedeckt, und jedesmal ist eine vollständige feste Vereinigung mit dem Schädelknochen entstanden. Auf Grund dieser glücklich erzielten Resultate sollte nach Verf. diese Methode jeweilig in Anwendung gebracht werden, ehe man sich zur Autoplastik entschließt. Die Vorteile dieser heteroplastischen Deckung treten deutlich zutage. Die Operation findet statt während der ersten Wundreinigung, dem Verwundeten wird infolgedessen eine zweite Operation erspart, und dieser ist nicht genötigt, das Material für die Plastik aus dem eigenen Brustbein, dem Schienbein oder dem Schulterblatt zu liefern, wenn man nur Sorge trägt, die Beineinlagen sterilisiert vorrätig zu halten. Diese werden am besten präpariert aus dem Schulterblatt des Rindes und, falls sie zu dick sind, abgeschliffen und durch Auskochen sterilisiert. Die Technik der Heteroplastik ist leicht ausführbar und erfordert wenig Zeit und keine großen Vorbereitungen. Vom Schädeldefekt wird auf feuchtes durchsichtiges Pergamentpapier ein Abriß gemacht, die Knochenscheibe wird nach dieser Schablone mittels Säge oder Knochenschere modelliert, bei welchem Verfahren die Dahlgrensche Zange sich bewährt hat. Die Kopfwunde wird auf das Genaueste desinfiziert. Die mit Blut verklebten Haare werden abgeschnitten, die Kopfhaut wird rasiert und bekommt einen Jodanstrich. Behufs exakter Reinigung wird das ganze Verletzungsgebiet breit bloßgelegt und alles entfernt, was der Infektion Vorschub leisten könnte. Eventuell mitgerissene Haare, lose Knochensplitter und Schmutzpartikel werden mit der Pinzette oder mit Gazeballen fortgeschafft. Zur endgültigen Reinigung werden die Wundränder exzidiert und die Knochenränder mit der Knochenschere abgekniffen. Die Knochenscheibe muß fest eingesetzt werden, damit sie in kurzer Zeit vollkommen verwächst und ein knöcherner Verschluß des Defektes entsteht. Das Implantat wird allmählich durch neugebildetes Knochengewebe ersetzt, das vom Periost, der Diploe und der Dura aus sich bildet. Die primäre Deckung des traumatischen Defektes regt in intensiver Weise die Knochenregeneration an. Wird dagegen die Wunde tamponiert, dann fängt das Periost zu granulieren an und es verliert sein knochenbildendes Vermögen; es verwächst mit der Dura, und so entsteht eine fibröse Narbe.

Prof. **H. H. Hazen** (Washington, D. C.): **Hautkrebs der Extremitäten.** (Dermatol. Wochenschr., 1916, No. 3.)

Schlußfolgerungen: 1. Hautkarzinome an den Gliedmaßen sind keine häufige Erscheinung. 2. Die meisten der an diesen Stellen sich entwickelnden Hautkrebse gehören zur Gruppe der Stachelzellengewächse; sie führen meistenteils, manche sogar sehr frühzeitig, zur Entwicklung von Metastasen. 3. In Anbetracht dessen, daß eine sichere Diagnose nur bei den im Anfangsstadium befindlichen Fällen durch die makroskopische

oder mikroskopische Untersuchung sich stellen läßt, und ferner in Anbetracht dessen, daß es im allgemeinen für gefährlich gilt, ein Stück eines Gewebes zur Untersuchung zu exzidieren, ist es einleuchtend, daß das angemessene Verfahren darin besteht, das ganze Gewächs in toto zu exzidieren und die Diagnose durch die Untersuchung des ganzen Tumors zu stellen. Wenn man findet, daß ein Gewächs der Kuboid- oder Stachelzellenart vorliegt, soll man die zugehörigen Drüsen mitentfernen. 4. Zur Behandlung der Basalzellengewächse genügt die lokale Abtragung vollständig. 5. Möglicherweise ist die Prognose bei einigen Fällen von maligner Mole nicht absolut infaust, wenn von vornherien eine ausgiebige Auslösung des Gewächses und der Lymphdrüsen vorgenommen wird. 6. Maligne Gewächse entstehen immer aus irgend einem schon vorhandenen krankhaften Prozeß und können demnach gewöhnlich verhütet werden.

Dr. **Erich Zacharias**, Assistent der chir. Abteilung des Stadtkrankenhauses Dresden-Johannstadt: **Symmetrische Lipombildungen.** (Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie, Bd. 135, H. 2/3.)

Symmetrische Lipome sind verhältnismäßig selten. Verf. berichtet über zwei Fälle aus eigener Beobachtung. Der erste Fall betrifft ein neunjähriges Mädchen. Geschwulstbildungen sind bei den Eltern sowie Großeltern nicht zur Beobachtung gekommen. Bereits im Alter von einem Jahre wurde von der Mutter bei ihr eine Anschwellung der linken Hüfte bemerkt und eine Verdickung an der gleichen Stelle der rechten Seite. Schon damals stellte der Arzt Fettgeschwülste fest. Salbenverbände hatten keinen Erfolg, vielmehr wuchsen die Lipome stetig, wenn auch langsam. Deshalb wurden die gesamten Geschwulstmassen operativ entfernt, als das Kind 2½ Jahre alt war. Die entfernten Lipome sollen damals nach Angabe der Mutter ein Gewicht von etwa 2—3 Pfd. auf jeder Seite besessen haben. Aber bereits vier Jahre später hatten sich an der gleichen Stelle, vor allem rechts, neue Tumoren gebildet, die bald größer waren als die ersten. Diese Geschwülste hinderten das Kind in hohem Grade beim Sitzen in der Schule, sie waren außerdem sehr störend beim Gehen durch Größe und Gewicht, das von der Mutter auf 5 Pfd. geschätzt wird. Im Jahre 1913 wurde abermals eine Operation vorgenommen, die sich hauptsächlich auf die rechte Hüftgegend beschränkte. Ganz kurze Zeit darnach zeigten sich die Anfänge erneuten Wachstums. Die Größenzunahme erfolgte jetzt auf der linken Seite derart schnell, daß die Kranke sechs Monate nach der zweiten Operation wiederum zur operativen Entfernung der Lipome aufgenommen wurde. Wenn auch die Prognose der Lipome im allgemeinen sehr gut ist, so kann sie im vorliegenden Fall nicht für so günstig angesehen werden. Zweimalige Operationen sind ohne dauernden Erfolg geblieben, im Gegenteil, die Geschwulstmassen sind jetzt beträchtlicher als zuvor. Dazu kommt das schnelle Wachstum, das sich in letzter Zeit bemerkbar macht. Die histologischen Untersuchungen von Tumorstücken verschiedener Stellen ergaben aber keine maligne Entartung. Außerdem wurden in den letzten Monaten ganz neue Körperstellen, die vorher noch gar keinen Ansatz zu Geschwulstbildungen gezeigt hatten, befallen. Der Fall ist also sehr bemerkenswert durch die enorme Größe der Geschwülste, ihr symmetrisches Auftreten und ihre kongenitale Entstehung. — Der zweite Fall von symmetrischen Lipomen betrifft eine siebzigjährige Frau. Die Seltenheit dieses Falles beruht auf der ausgesprochenen Heredität, die sich gut verfolgen läßt. Die Pat. gibt an, daß ihre Mutter die gleichen Geschwülste an beiden Vorderarmen jahrzehntelang besessen habe. Leider ist man in dieser Beziehung nur auf die Angaben der Pat. angewiesen. Nun bot sich die günstige Gelegenheit, die Tochter, die im 38. Lebensjahre steht, auf Lipome zu untersuchen. Verfasser konnte die äußerst interessante Beobachtung machen, daß auch sie auf beiden Vorderarmen symmetrisch angeordnete Lipome zeigte. Am linken Unterarm saßen zwei auf der Beuge- und zwei auf der Streckseite, am rechten Vorderarm drei auf der Beuge- und zwei auf der Streckseite. Sämtliche Tumoren waren ungefähr erbsengroß. Kr.

III. Tagesgeschichte.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Zum Nachfolger von A. Plehn als dirigierender Arzt am städtischen Urban-Krankenhause ist Prof. Dr. Georg Jürgens, zurzeit Direktor der inneren Abteilung des städtischen Krankenhauses in Neukölln, gewählt worden. Er hat seine besondere Ausbildung als Internist in langjähriger Assistententätigkeit bei C. Gerhardt und Kraus in Berlin erhalten und gehört seit 1907 auch dem Lehrkörper der Universität als Privatdozent an.

Halle a. S. Die ordentlichen Professoren Dr. Schmieden (Chirurg) und Dr. Schieck (Ophthalmologe) sind von der Kaiserl. Leopoldinisch-Karolinischen Akademie der Naturforscher als Mitglieder aufgenommen worden.

Frankfurt a. M. Zum Dr. med. hon. causa wurde von der medizinischen Fakultät Stadtrat Dr. jur. Wilhelm Woell wegen seiner Verdienste um die Gründung der Universität ernannt. Er ist der erste Ehrendoktor der Frankfurter Universität.

Dresden. Dem Oberarzt der chirurgischen Abteilung des Carola-Hauses Dr. Noesske ist der Professortitel verliehen worden.

Darmstadt. Als Privatdozent für Gesundheitslehre an der hiesigen Technischen Hochschule ist Herr Geh. Sanitätsrat Dr. Gerster in Braunfels, ein bekannter Vorkämpfer der biologisch-diätetischen Therapie, zugelassen worden.

München. Oberstabsarzt a. D. Prof. Dr. med. Georg Mayer ist wieder als Dozent an der Militärärztlichen Akademie in München angestellt worden. Sein Lehrfach ist Hygiene und Bakteriologie.

Straßburg i. E. Der Direktor der Klinik für Hautkrankheiten Prof. Dr. Alfred Wolff ist nach längerer Krankheit im Alter von 66 Jahren gestorben. In Straßburg geboren, hatte er sich seit 1879 in seiner Vaterstadt für Dermatologie habilitiert. Seit 1885 war er außerordentlicher Professor und Direktor der dermatologischen Klinik. Von Wolffs Veröffentlichungen ist besonders ein Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten zu erwähnen.

Wien. Ueber das Schicksal des Nobelpreisträgers Doz. Dr. Robert Barany erfährt man jetzt entgegen früheren Meldungen, daß ihm von der russischen Regierung schließlich doch die Rückkehr nach Oesterreich-Ungarn versagt worden ist. Er befindet sich zurzeit in Kasan und arbeitet an der dortigen Universität; seine Wohnung hat er in einem Gasthaus.

Kongreß- und Vereinsnachrichten.

Berlin. Am 26. und 27. April d. J. werden die **Kriegschirurgen** hierselbst eine **Tagung** abhalten, die den sonst um diese Zeit stattfindenden Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie vertritt. Im Anschluß daran wird auch die **Deutsche Pathologische Gesellschaft** zu einer Versammlung zusammentreten. Die Sitzungen finden im Pathologischen Institut der Charité statt. Als Beratungsgegenstände sind in Aussicht genommen: Ueber die Aufgaben der Kriegspathologie (Aschoff [Freiburg i. B.]), ferner ein Bericht über das geplante Werk über Kriegsheilkunde, herausgegeben von v. Schjerning, und Demonstration und Besprechungen kriegspathologischer Präparate und Probleme.

Gerichtliches.

Berlin. Der Krankenbehandler G., der alle seine Kranken mit „Kräuterbädern“, „Blutreinigungstee“ und Massage behandelte, wurde anläßlich einiger erfolglos behandelten Fälle, in denen gegen ihn wegen übermäßiger Honorarforderung Anzeige erstattet worden war, wegen **Betrugs** vom Schöffengericht Berlin-Schöneberg zu 500 M. Geldstrafe verurteilt.

IV. Amtliche Mitteilungen.

Bekanntmachung.

Die Diphtherie-Heilsera mit den Kontrollnummern 1579 bis 1595 einschließlich, geschrieben: „Eintausendfünfhundertneunundsiebzig bis eintausendfünfhundertfünfundneunzig einschließlich“, aus den Höchster Farbwerken, 323 bis 325 einschließlich, geschrieben: „Dreihundertdreiundzwanzig bis dreihundertfünfundzwanzig einschließlich“, aus der Merckschen Fabrik in Darmstadt, 368 bis 380 einschließlich, geschrieben: „Dreihundertachtundzechzig bis dreihundertachtzig einschließlich“, aus dem Serumlaboratorium Ruete-Enoch in Hamburg, 95 bis 102 einschließlich, geschrieben: Fünfundneunzig bis einhundertundzwei einschließlich“, aus dem Sächsischen Serumwerk in Dresden, sind, soweit sie nicht bereits früher wegen Abschwächung usw. eingezogen sind, vom 1. April 1916 ab wegen Ablaufs der staatlichen Gewährdauer zur Einziehung bestimmt.

Flaschen mit diesen Kontrollnummern dürfen hinfort nicht mehr in den Apotheken abgegeben werden und können nach der Vereinbarung mit dem Laboratorium bei kostenfreier Einsendung kostenlos gegen einwandfreies Serum eingetauscht werden.

Berlin, den 27. März 1916.

Der Polizeipräsident.

I. A.: Schlegtendal.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: San.-Rat Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil S. Caspari, Berlin-Schöneberg
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW. 68, Alexandrinenstraße 110.

85. Jahrgang Berlin, 29. April 1916 No. 18

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7 a — Fernsprecher Steinplatz 10556

85. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Ein neuer Apparat zur Behandlung der Gonorrhoe.

Von Stabsarzt a. D. Dr. **G. Müller** (Magdeburg).

Es sei mir gestattet, in folgendem auf einen kleinen, sehr handlichen und fast für alle Fälle der Behandlung des männlichen und weiblichen Trippers geeigneten Apparat, einen Dehnkatheter mit Rücklaufspülung, hinzuweisen, welcher mir zur Prüfung und Begutachtung übergeben worden ist.

Dieser Apparat, der mit dem Namen „S a n a b o“ bezeichnet und durch D. R. P. 289 184 geschützt ist, wird in drei Arten hergestellt, als Metallkatheter für die männliche Harnröhre, als Katheterspritze und als weibliches Spülrohr. Das Wesentliche an diesen Instrumenten ist die Art und Weise, in welcher eine ergiebige Spülung der erkrankten Schleimhäute vorgenommen werden kann. Alle drei Instrumente haben nämlich an ihrer Spitze eine Anschwellung in Form einer an ihrem Ende geschlossenen, innen hohlen Olive, welche bewirkt, daß bei Einführung des Apparates die Scheimhäute ausgedehnt und bei vorsichtiger Auf- und Abführung sanft massiert werden. Gleichzeitig erfolgen die Spülungen derart, daß, da die Olive vorn geschlossen ist, ein Auslaufen der Flüssigkeit nur auf der rückwärtigen Seite, wo die Olive schräg rückwärtsgestellte Oeffnungen besitzt, stattfindet.

Der männliche Katheter ist ganz aus Metall gefertigt und soll, wie gesagt, gleichzeitig neben den Spülungen, die er vermittelt, dazu dienen, die Harnröhre leicht zu dehnen bezw. von innen zu massieren und dadurch der späteren Bildung von Strikturen vorbeugen. Dieser „S a n a b o“-Apparat ist in erster Linie für den Arzt bestimmt, doch kann er auch intelligenten Patienten nach genügender Vorbereitung in die Hand gegeben werden.

Die Tripperspritze hat einen katheterartigen Ansatz aus Hartgummi oder Metall und soll, wie jede andere Tripperspritze, von den Patienten selbst angewendet werden, nur mit dem Unterschiede, daß bei der „Sanabo“-Tripperspritze durch die schräg rückwärtsgestellten Oeffnungen eine vollkommene Rücklaufwirkung erzielt wird, wodurch ein Aufwärtsspülen infektiöser Keime vermieden wird. Das weibliche Spülrohr, aus Hartgummi oder Metall, kann ebenfalls von der Patientin allein gebraucht werden.

Die großen Vorteile, welche diese Instrumente bieten, beruhen darin, daß sie neben Handlichkeit und billigen Preise, sowie der Möglichkeit, auch von dem Laien nach einiger Uebung angewendet zu werden, eine ausgiebige Spülung der erkrankten Schleimhäute ermöglichen, ohne daß Gefahr vorliegt, infektiöse Keime in das Innere des Körpers (nach der Blase, den Nieren, den weiblichen Geschlechtsorganen) dabei zu verschleppen. Durch einen sinnreich angebrachten kleinen Knick ist eine Einführung des Katheters über den Blasenhals hinaus unmöglich.

Ferner wird, wie schon oben angedeutet, durch die konische Anschwellung an der Spitze des Instruments eine sanfte, schmerzlose Dehnung der erkrankten Schleimhäute, sowie eine leichte Massage derselben bewirkt, die den Verlauf der Krankheit günstig beeinflußt.

Zur Einführung der Instrumente empfiehlt sich die Einfettung mit ein wenig sterilem Oel. Die Spülungen selbst sind nach meinen Untersuchungen am besten mit lauwarmen schwachen Lösungen von übermangansaurem Kali zu machen. Der männliche und weibliche Katheter wird am zweckmäßigsten bei Ausführung dieser Spülung mit einem Irrigator verbunden.

Weite Verbreitung und Anwendung scheinen mir die Apparate auch aus dem schon oben berührten Grunde zu verdienen, daß der Patient nach einiger Unterweisung selbst die Behandlung bei sich weiter fortführen kann. Dies ist deshalb von Bedeutung, weil, wie wohl jeder Arzt schon erfahren hat, häufig eine Tripperbehandlung von dem Patienten schon nach kurzer Zeit im Hinblick auf die Kosten der fortgesetzten ärztlichen Konsultationen eingestellt wird. Bei Anwendung der „Sanabo“-Apparate läßt sich die Zahl der Konsultationen sehr einschränken, da nur eine gelegentliche Kontrolle durch den Arzt erforderlich ist; in der Zwischenzeit könnte der Patient nach genauer Unterweisung sich selbst behandeln bezw. nachbehandeln.

Auf Grund aller dieser Erwägungen und der von mir mit diesen Apparaten gemachten günstigen Erfahrungen sowie unter Berücksichtigung der mir mitgeteilten guten Beobachtungsresultate von Kollegen bin ich zu der Ueberzeugung gekommen, daß die neuen „Sanabo“-Apparate ein sehr brauchbares und schätzenswertes Instrument darstellen, das sicherlich bei sachgemäßer und korrekter Anwendung dazu beitragen dürfte, die Gonorrhoe, sowohl ihre akute wie chronische Form, mit bestem Erfolge zu bekämpfen.

II. Referate.

Stabsarzt Prof. **F. Hamburger** und Assistenzarzt Dr. **M. Labor** (Laibach): **Körperübungen bei Typhusrekonvaleszenten.** (Der Militärarzt, 1916, No. 1.)

Vorliegende Veröffentlichung bezweckt, die Militärärzte darauf hinzuweisen, daß ein planmäßig ansteigendes Körpertraining für Typhusrekonvaleszenten als Vorbereitung für den neuerlichen Kriegsdienst sehr zweckmäßig ist. Die Verfasser bezwecken damit weiter, diejenigen Militärärzte, die in Ge-

nesungsheimen für Typhusrekonvaleszenten tätig sind, zu einer Nachprüfung ihrer Beobachtungen anzuregen. Da es sich um Tausende an Mannschaft handelt, so ist die planmäßige Behandlung der Typhuskranken bezw. Rekonvaleszenten von nicht geringer praktischer Kriegsbedeutung. Schon in einer früheren Arbeit wurde darauf hingewiesen, von wie großer praktischer Bedeutung eine reichlichere gemischte Ernährung für eine rasche Erholung nach dem Typhus ist. Schon dort wurde auch gesagt, daß eine übermäßige Mästung ohne jegliche Arbeit in der Genesungszeit unzweckmäßig, vielmehr mäßige Arbeit angezeigt sein dürfte. Körperübungen in der vorgeschriebenen Typhusrekonvaleszenz sind bei entsprechender Vorsicht völlig ungefährlich und zweckmäßig. Geringe Temperatursteigerungen kommen gelegentlich, aber nicht wesentlich häufiger vor als bei nicht Uebenden beeinträchtigen aber das Allgemeinbefinden und den Genesungsfortschritt nicht. Das Körpergewicht nimmt während der Uebungszeit zu, ebenso die Leistungsfähigkeit des Herzens. Die volle Kriegsdiensttauglichkeit wird mit Uebungen wahrscheinlich früher erreicht als ohne solche.

Prof. Dr. F. **Samberger** (Prag): **Zur Aetiologie der Appendizitis.** (Wiener medizin. Wochenschr., 1916, No. 1.)

Verf. hatte als Dermatologe zufällig in der letzten Zeit Gelegenheit, einige interessante Darmstörungen als zufälligen Befund bei gewissen Dermatosen zu beobachten. Diese Beobachtung veranlaßte ihn zu dem Versuch einige nähere Daten über die Appendizitis zu gewinnen. Und diese Daten sind seiner Ansicht nach nicht ohne Interesse. Vielleicht könnte man aus ihnen wenn sie sich an einem größeren Material, als ihm zur Verfügung stand, bestätigen, sehr interessante und bis jetzt von niemand entdeckte Deduktionen über eine der häufigsten Ursachen der Blinddarmentzündung ableiten. Und wenn sich Verfassers Vermutung als richtig erweisen sollte, dann dürfte es möglich sein, mit Hilfe derselben nicht bloß einige bisher strittige und rätselhafte Umstände, die in der Literatur über die Blinddarmentzündung existieren zu erklären, sondern auch in zahlreichen Fällen diese Erkrankung zu verhüten. Verf. hegt die Vermutung, daß die dauernde Lage auf der rechten Seite die man im Schlafe einnimmt, die Passage des Stuhls und der Gase aus dem Querkolon ins absteigende Kolon erschwert Dadurch wird diese Lage häufig zur Ursache von Darmstörungen die aus der Retention des Darminhalts hervorgehen und daher in letzter Linie auch zur direkten oder indirekten Ursache der Blinddarmentzündung. Daß dies aber nicht in einem jeden Fall geschehen muß, ist klar. Die angegebene Ursache ist sicher nicht die einzige. Die Stützen für seine Hypothese fand Verf. in seinem statistischen Material, in den anatomischen Verhältnissen und in der Möglichkeit, mit ihrer Hilfe besser, als dies bis jetzt möglich war, eine ganze Reihe von Tatsachen betreffend die Aetiologie der Blinddarmentzündung zu erklären.

San.-Rat Dr. **Leven** (Elberfeld), Spezialarzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten: **Wie verhält sich die Wassermann-Reaktion bei Thrombosen?** (Medizin. Klinik, 1915, No. 50.)

Verf. berichtet über 2 Fälle von Thrombose, bei der trotz anamnestisch und klinisch nicht beobachteter Lues die Wassermann-Reaktion positiv war und trotz antiluetischer Behandlung positiv blieb; im zweiten Falle wurde die Wassermann-Reaktion sogar trotz Hg-Behandlung weit stärker, als sie vor der Therapie gewesen war. Wenn ich mir, sagt Verf., natürlich auch bewußt bin, daß trotz negativer Anamnese und negativem klinischen Befunde eine syphilitische Phlebitis nicht ausgeschlossen werden kann, und wenn es mir auch, wie ich ausdrücklich hervorheben möchte, durchaus fern liegt, aus zwei Beobachtungen in der vorliegenden Frage Schlüsse zu ziehen und behaupten zu wollen, daß Thrombose an sich eine positive Wassermann-Reaktion mache, so erscheinen mir die geschilderten Beobachtungen doch so auffällig daß sie mich veranlassen einer Prüfung der Frage, wie sich die Wassermann-Reaktion bei Thrombosen verhält, das Wort zu reden; man muß dann von weiteren Beobachtungen und der serologischen Prüfung einschlägiger Fälle eine Klarstellung der hier aufgeworfenen Frage erwarten. Selbstverständlich sind Fälle von Thrombosen bei sicher syphilitischer Phlebitis und auch solche bei überhaupt verhandener Lues und bei positiver Anamnese in bezug auf Lues auszuschließen. Kr.

Oberstabsarzt Prof. Dr. **Hermann Schloffer** (Prag): **Zur Behandlung der Fingerschüsse.** (Mediz. Klinik, 1915, No. 52.)

Während es im allgemeinen immer ein Gewinn ist, wenn eine noch so schwer geschädigte Extremität erhalten werden kann, führen bei Verletzungen bestimmter Teile der Extremitäten, der Finger, allzu konservative Maßnahmen häufig zu einem zwecklosen Hinausziehen der Behandlung und zur Erhaltung eines die Funktion mehr störenden als fördernden Gliedes. Ueber Finger- und Handverletzungen und die Ergebnisse der verschiedenen Behandlungsmethoden hat Verf. an einem sehr umfangreichen Material Erfahrungen sammeln können. Er führt einige Typen vor, wo eine schwere Funktionsstörung der Hand lediglich in der konservativen Behandlung des verletzten Fingers ihren Grund hatte. Vor allem die dorsopalmaren Durchschüsse im Bereiche des Grund- oder ersten Interphalangealgelenkes mit gleichzeitiger Zerstörung der Streck- und Beugesehnen. Das Resultat nach der Ausheilung ist ein steifer Finger, meist auch minderbewegliche Nachbarfinger, die auch nach der nachträglichen Abtragung des verletzten Fingers nicht immer zu normaler Beweglichkeit gebracht werden können. Die Ausheilung solcher Wunden nimmt oft Monate in Anspruch, während bei primärer Enukleation schon nach etlichen Wochen eine verhältnismäßig brauchbare Hand, oft Felddiensttauglichkeit erreichbar gewesen wäre. Aehnliches gilt für die Gruppe der Weichteilverletzungen ohne Knochenzerstörung, wenn es sich um bedeutende Verluste von Haut und Sehnen, allenfalls mit Eröffnung von Gelenken, handelt. Auch hier ist die Behandlung langwierig, das Schlußresultat ein steifer Finger, der beim Zugreifen stets im Wege steht. In der überwiegenden Mehrzahl aller dieser Fälle steht die Indikation zur primären Entfernung des geschädigten Fingers außer Zweifel, wenn nur dieser eine Finger verletzt ist. Weniger klar kann die Lage sein, wenn es sich um die Verletzung mehrerer Finger handelt, eventuell mit Abschießung einzelner. In solchen Fällen wird je nach Umständen auf die Erhaltung selbst schwer geschädigter Finger Gewicht gelegt werden müssen, da diese, namentlich wenn ein oppositionsfähiger Daumen erhalten ist, auch bei Einengung ihrer Beweglichkeit wertvolle Greiforgane abgeben können. Dorsopalmare Durchschüsse der Mittelhand machen bei Verletzung von Knochen Streck- und Beugesehnen die Wiederherstellung einer normalen Funktion oft unmöglich. Auch hier kann also die primäre Abtragung des Fingers die wünschenswerte Lösung darstellen. Während die Versteifung eines der vier dreigliedrigen Finger für die meisten Berufe ungünstiger ist als der Verlust derselben kann bekanntlich auch ein steifer Daumen, in eine entsprechende Lage gebracht insbesondere beim Vorhandensein noch eines beweglichen Fingers großen Wert haben ebenso wie ja umgekehrt bei beweglichem Daumen auch ein erhaltener, selbst steifer dreigliedriger Finger sehr hoch einzuschätzen ist. Bei der Beurteilung ob ein durchschossener dreigliedriger Finger abgetragen werden soll oder nicht, muß natürlich auch die Berufsstellung des Kranken in Betracht gezogen werden. Im allgemeinen darf man aber sagen, daß durch den Verlust des Grundgelenkes und der Streck- und Beugesehnen eines Fingers bei größerem Hautdefekt meist die Indikation zur Abtragung gegeben ist. Aehnliches gilt für die analogen Verletzungen des ersten Interphalangealgelenkes. Defekte in Streck- und Beugesehnen und im Schafte der Grundphalange oder des Metacarpus geben um so eher die Indikation zur Abtragung je größer die Hautwunde und der Knochendefekt sind. Entzündungsvorgänge können den Entschluß zur Abtragung begünstigen Da zur operativen Entfernung eines Fingers die Zustimmung des Verwundeten erforderlich ist, so empfiehlt es sich den Rat zur Operation in einem Zeitpunkt zu geben wo diese Zustimmung noch leicht erreichbar ist. Wenn der Verwundete erst einmal über den ersten Wundschmerz hinweggekommen ist, wenn die Wunde granuliert und der Kranke sich an den Anblick seines verunstalteten Fingers gewöhnt hat wird die Zustimmung zum Eingriff oft nicht mehr erteilt. Kr

Oberarzt Dr. **Cl. Hörhammer** (Leipzig): **Ueber isolierte subkutane Trachealrupturen. (Berstungsrupturen der Trachea.)** (Münch. med. Wochenschr., 1915, No. 27.)

Die subkutanen Verletzungen der Luftwege sind, wenn man von Strangulationen und Suicidversuchen absieht, sehr selten. Bis zum Jahre 1911 wurden in der Literatur 45 Fälle von isolierten Luftröhrenbrüchen beobachtet, darunter 18 mit gleichzeitiger Ruptur des Kehlkopfes. Verf. hatte Gelegenheit in der Leipziger chirurgischen Klinik einen weiteren, hierhergehörigen Fall zu beobachten. Es handelte sich um einen elfjährigen Knaben, der beim Stabspringen sich die Stange gegen die linke Halsseite gestoßen hatte und seitdem Schmerzen am Halse empfand. Aeußerlich waren wenige Stunden nach dem Unfall keine Spuren einer Verletzung zu sehen, jedoch waren die linke Gesichtshälfte und die linke Halsseite gleichmäßig schwammig aufgetrieben, ohne Rötung; die Augenlider waren ödematös. Bei der Palpation zeigte sich Knistern, es bestand also ein subkutanes Emphysem. Es bestanden zunächst keine besonderen Beschwerden, nur beim Liegen war die Atmung etwas erschwert. Am nächsten Tag nahm jedoch das Emphysem in bedrohlicher Weise zu und breitete sich über den ganzen Körper bis in die Oberschenkel aus; schwere Atemnot bestand auch jetzt noch nicht. Wegen der Zunahme des Hautemphysems und der Gefahr eines mediastinalen Emphysems

war ein operativer Eingriff unbedingt geboten. In Lokalanästhesie wurde durch einen Medianschnitt die Trachea vom unteren Rande des Schilddrüsenisthmus bis zum Jugulum freigelegt. Unterhalb des Schilddrüsenlappens an der Ansatzstelle der Pars membranacea an die Trachealringe fand sich ein 4 cm langer klaffender Längsriß. Der Trachealriß wurde durch mehrere Katgutnähte sofort vollständig verschlossen und ein Jodoformdocht eingelegt. Die Haut wurde bis auf eine kurze Strecke zur Herausleitung des Gazestreifens vernäht. Es entwich keine Luft mehr durch den genähten Trachealriß. Zur rascheren Beseitigung des Emphysems wurden im Gesicht, an der Brust und am Bauch an verschiedenen Stellen mit einer mitteldicken Kanüle Einstiche gemacht, ein großer Teil des Emphysems wurde auf diese Weise entleert. Die Operationswunde heilte reaktionslos. 17 Tage nach dem Unfall wurde der Knabe geheilt entlassen. Die Prognose der subkutanen Trachealrupturen ist im allgemeinen ernst. Von 45 Fällen endigten 27 letal, 18 kamen zur Heilung. R. L.

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **A. Passow**, Generalarzt d. L. zurzeit beratender Chirurg: **Ueber Späterkrankungen nach Schädelverletzungen.** (Medizin. Klinik, 1916, No. 1.)

Es hat sich herausgestellt, daß selbst bei scheinbar leichten Verletzungen noch lange Zeit nach scheinbar völliger Heilung Abszesse, Meningitiden und andere Krankheitszustände auftreten können, die man nicht vermutete. Verf. überzeugt sich daher bei jeder Kopfverletzung, und mag sie noch so unscheinbar sein, sobald wie möglich nach der Verwundung, ob der Knochen völlig intakt ist. Sind auch nur ganz leichte Risse vorhanden, so meißelt er die Corticalis dort flach ab und unterläßt weiteres Eingehen erst, wenn die Diploe unverändert erscheint. Sehr oft aber findet man Blutergüsse in der Diploe, sie ist dunkelblau, fast schwarz. Dann geht er weiter. Meist findet man dann Absplitterung der Interna oder Blutergüsse extradural oder auch subdural. Dabei bieten diese Leute vielfach zunächst keinerlei Erscheinungen, die auf Hirnläsion hindeuten. Werden sie nicht frühzeitig operiert, so gibt es oft noch später Nachkrankheiten, während der frühzeitige Eingriff keine Gefahr mit sich gebracht hätte. Sind gar nach der Verletzung Hirnsymptome, wie Druckpuls, Erbrechen usw., vorhanden oder klagt der Verletzte über Kopfschmerzen, so hält Verf. Abwarten erst recht nicht für angezeigt. Daß man bei allen Tangentialschüssen mit Knochensplitterung operieren soll, wird jetzt allgemein anerkannt. Auch bei Steckschüssen operiert Verf. immer, und auch dann, wenn keine Aussicht zu sein scheint, das Geschoß zu erreichen. Oft genug kommt es während der Operation oder später von selbst heraus, wenn der Knochen so weit entfernt wird, wie Verf. es von Anbeginn des Krieges getan hat. Jedenfalls aber gelingt es dabei, mehr oder weniger oberflächlich liegende Knochensplitter zu beseitigen. Daß diese oft nachteiliger wirken als das Geschoß selbst, ist bekannt. Verf. geht aber auch noch einen Schritt weiter. Er revidiert den Knochen auch bei den sogenannten glatten Durchschüssen, und zwar am Einschusse und am Ausschusse. In keinem Falle kann man Schaden anrichten, wohl aber erheblichen Nutzen schaffen. Denn auch bei ganz glatten Durchschüssen splittert die Interna fast immer. Verf. strebt an, Geschoßteile, Fremdkörper und zu Fremdkörpern gewordene Knochensplitter möglichst frühzeitig zu beseitigen, soweit es ohne Nachteil geschehen kann. Bei verletzter Dura geht Verf. so vor, daß er nach sorgfältiger Beseitigung aller abgesprengten und gelockerten Knochenteile die Knochenwunde noch so erweitert, daß überall Dura übersteht. Risse im Knochen erweitert Verf. ebenfalls, wenn die Dura darunter eingerissen ist. Vielfach wurde Verf. gegenüber die Ansicht vertreten, daß man abgelöste Knochenplatten, die noch mit ihrer Basis festhaften, nur anzuheben brauche, in der Annahme, daß sie anheilen würden. Die Neigung der abgesprengten Interna, anzuheilen, ist aber äußerst gering. Die Gefahr, daß die Platte später, auch wenn äußerlich die Wunden geschlossen sind, auf das Schädelinnere drückt und epileptische Anfälle hervorruft, ist groß. Abweichend von anderen vernäht Verf. die Haut nach der Operation selten und nur dann, wenn die Dura intakt ist und gut pulsiert. Bei Rissen in der Dura läßt er weit offen; man kann immer noch später sekundär verschließen. Die primäre Naht hat oft schweres Unheil angerichtet. Auch bezüglich der Drainage ist Verf. anderer Ansicht als andere. Von Gummidrains und Glasdrains war er schon vor dem Kriege gänzlich abgekommen. Der eigentliche Zweck wird kaum erfüllt, da die Oeffnungen sich schnell verstopfen und kein Sekret mehr durchlassen. Dazu kommt, daß nur zu leicht nachdrängende gesunde Gehirnmasse gedrückt werden kann. Aber auch die Gazedrainage unterläßt Verf. bei frischen Gehirnwunden. Was das nachträgliche Verschließen von Knochendefekten betrifft, so warnt Verfasser eindringlich, damit eilig zu sein. Die Späterkrankungen nach Schädelverletzungen, gerade bei großen Knochenzertrümmerungen, mahnen zur Vorsicht. Ob der Defekt einige Monate früher oder später gedeckt wird, ist für den Verwundeten nicht wichtig. Diensttauglich wird er doch vorerst nicht. Tritt aber nachträglich eine intrakranielle Komplikation auf, so ist durch die vorgenommene Plastik die Behandlung erschwert. Bevor man sich zum operativen Verschlusse von Lücken im Schädel entschließt, soll man den Kranken genau beobachten, sich vergewissern, daß keinerlei Symptome vorhanden sind, die auf Hirndruck hinweisen. Wiederholte Röntgenaufnahme soll möglichst feststellen, daß kein Fremdkörper mehr im Gehirne sitzt und daß keine Splitterung der Interna vorhanden ist.

Hofrat Dr. **A. Theilhaber** (München): **Einige Indikationen der Aderlaßbehandlung.** (Berl. klin. Wochenschr., 1916, No. 2.)

Verf. hat seit 8 Jahren 450 Aderlässe gemacht und empfiehlt den Aderlaß besonders bei klimakterischen Beschwerden (Wallungen nach dem Kopfe, fliegende Röte, Schweißausbrüche, Ohnmacht, Schwindelgefühl, Flimmern vor den Augen, Ohrensausen). Auch bei Dysmenorrhoe hat Verf. ihn einzelne Male mit Erfolg angewandt. Bei einem Teile der Fälle von Dysmenorrhoe ließ er ihn im Stiche. Hier hat sich die von T. erfundene Methode der Resektion des Sphincter orificii interni glänzend bewährt. Auch bei der Intermenstrualkolik, dem sogenannten Mittelschmerz, hat ihm der Aderlaß einzelne Male Nutzen gebracht. Bei einigen Kranken mit Mittelschmerz erzielte er eine beträchtliche Besserung, in vier von diesen Fällen, die Nulliparae betrafen, machte Verf. ebenfalls seine Resectio orificii interni mit gutem Erfolge, in zwei Fällen brachte die Behandlung mit Röntgenstrahlen beträchtliche Besserung. Die Erleichterung, die nach dem Aderlasse eintritt, hält meist 3—6 Monate an, manchmal auch noch länger. Treten dann wieder Beschwerden auf, so ist es zweckmäßig, den Aderlaß zu wiederholen. Verf. pflegt je nach dem Körpergewicht der Kranken zwischen 300 und 500 ccm Blut zu entziehen. Die Patientinnen verlassen eine halbe Stunde nach dem Aderlaß die Anstalt des Verfassers, ohne Schwächegefühl zu bemerken. Ferner wirkt der Aderlaß nach Verfs. Erfahrungen sehr günstig bei manchen Neuralgien und Neurosen, namentlich plethorischer Individuen, insbesondere bessern sich auch einzelne Formen von nervösen Kopfschmerzen. Ferner hat Verf. recht Günstiges von der Anwendung des Aderlasses behufs Verhinderung der Rückfälle nach Krebsoperationen gesehen. Er kam auf folgende Weise auf die Idee, den Aderlaß in solchen Fällen anzuwenden: Er hatte einzelne Fälle von sehr ausgebreitetem Krebs operiert, bei denen ihm eine vollständige Entfernung des krebsigen Gewebes nicht gelang, und bei denen trotzdem keine Rückfälle auftraten. Letztere Fälle hatten das Gemeinsame, daß während der Operation ein sehr starker Blutverlust stattgefunden hatte. Da er nun die Meinung hatte, daß eine Verminderung der Tätigkeit der blutbildenden Organe die Disposition zur Entstehung epithelialer Wucherungen begünstigt, und da andererseits starke Blutverluste die Tätigkeit der blutbildenden Organe anregen, so beschloß Verf. in Zukunft bei Kranken, die an Krebs operiert waren, periodische Aderlässe zu machen, um so eine andauernde Steigerung der Tätigkeit der blutbildenden Organe zu unterhalten. Er macht das nun seit fünf Jahren, und zwar gewöhnlich 2 mal im Jahre, und entzieht meist 400—500 ccm Blut. Kr.

Josef Schumacher (Berlin): **Die Ueberschwefelsäure und ihre Salze als Antigonorrhoica.** (Dermatol. Wochenschr., 1916, No. 5.)

Die freie Ueberschwefelsäure, herstellbar durch schwache Ansäuerung der Ammoniumpersulfatlösungen mit Natriumbisulfat, kommt in der Desinfektionskraft und -schnelligkeit den Silberpräparaten völlig gleich und übertrifft in der Wirkung das neutrale Ammoniumsalz um ein Vielfaches. Die das Gonotoxin zerstörende Eigenschaft, die absolute Reizlosigkeit und die große Billigkeit der Ueberschwefelsäure bei bakteriologisch und klinisch völlig gleichen Leistungen sind unbestreitbare Vorteile der Ueberschwefelsäure gegenüber den Silberpräparaten.

Dr. **K. Ollendorff**, ordinierender Arzt am Reservelazarett Fidicinstraße in Berlin: **Zur Behandlung von Brandwunden, Ekzemen und Epidermis-Defekten mit Combustin.** (Klinisch-therap. Wochenschr., 1915, No. 52.)

Die Salbe enthält die drei Komponenten Wismut, Alaun und Zink, und wirkt, wie aus ihrer Zusammenstellung hervorgeht, adstringierend, austrocknend, zugleich kühlend und schmerzlindernd und scheint die Bildung einer neuen Epidermis mächtig anzuregen. Combustin eignet sich vornehmlich zur Behandlung von Brandwunden, und Verf. hat es in mehreren Fällen mit recht günstigem Erfolge angewandt. Ferner hatte Verf. bei nässenden Ekzemen besonders infolge der austrocknenden, sekretionsbeschränkenden Wirkung sehr gute Heilerfolge; auch bei aufgesprungener rissiger Haut,

Intertrigo und Frostschäden war die Wirkung eine günstige. Besonders gern verordnete Verf. das Mittel auch bei Unterschenkelgeschwüren, da es selbst in Fällen, in denen das Leiden schon seit Jahren bestand, in verhältnismäßig kurzer Zeit eine sehr erfreuliche Tendenz zur Heilung herbeiführte. Die Salbe wird messerrückendick auf eine Mullkompresse gestrichen und aufgelegt. Der Verband wird im allgemeinen täglich einmal gewechselt.

Dr. phil. et med. **J. Katz** (Leipzig): **Eine neue Stirnlampe.** (Medizin. Klinik, 1916, No. 2.)

Sie besteht aus einer Stirnbinde aus Leder oder Gummiband, die vorn an der Stirn eine Metallspange trägt. An dieser sind mittels zweier Flügelschrauben zwei Haltegabeln befestigt, welche zum Einspannen einer elektrischen Taschenlampe mit frontal angebrachter Glühbirne dienen. Da die Haltegabeln mittels der Flügelschrauben beweglich an der Spange befestigt sind, ist es möglich, den Lichtstrahl der Lampe nach oben oder unten zu richten. Durch Verschieben des Stirnbandes andererseits läßt sich der Lichtstrahl nach rechts oder links leiten. Diese Vorrichtung ist also eine äußerst einfache, sie erlaubt, den Lichtstrahl durch wenige Handgriffe genau auf den zu behandelnden Körperteil einzustellen, sei dies nun z. B. der Rachen bei Rachenuntersuchungen oder Kehlkopfspiegelungen, oder sei es das Ohr bei Ohrspiegelungen usw.; zudem ist sie von jeder äußeren Stromquelle unabhängig. Die einzelnen Teile dieser Stirnlampe sind leicht jeder für sich ersetzbar, es kommt ein Ersatz auch fast nur für die Batterie und das Glühbirnchen in Frage, da ja die anderen Teile kaum der Abnutzung unterworfen sind. Batterien und Glühbirnen aber sind heutzutage sogar auf dem Lande fast in jedem Krämerladen zu haben. Die Lampe wird von der Firma P. A. Stoss Nachfolger (Wiesbaden) in den Handel gebracht. Kr.

III. Bücherschau.

Biologische Grundprinzipien der Medizin. Von **Roman Tereskin.** München 1915, Verlag der Aerztlichen Rundschau (Otto Gmelin). 81 S. 2 M.

Der Verfasser der vorliegenden Abhandlung stellt zwei Grundgesetze auf, auf welche seiner Ansicht nach die meisten therapeutischen Vorgänge zurückzuführen sind. Das eine Grundprinzip besteht in der Ablenkbarkeit der Innervation, es erklärt „die derivatorische Wirkung der verschiedenen therapeutischen Maßnahmen zum Zwecke der Schmerzstillung, der Schonung und Entlastung affizierter Stellen und der Herabsetzung von Entzündungen und Hyperthermien durch Blutableitung und -verteilung, sowie der Ablenkung der trophischen Energie von Neubildungen auf angrenzende normale Gewebselemente durch trophische Gegenreize." Das zweite Grundprinzip ist die Provokation des Wiederersatzes durch den Verlust, auf dieses sind nach Verf. die Immunität in ihren mannigfaltigen Formen, die progressiven Prozesse und die Wirkung der Mittel und der diätetischen Maßnahmen, die den Stoffwechsel anregen und die vegetative Energie steigern, zurückzuführen. Der Durchführung dieser Gedanken im einzelnen ist die vorliegende Schrift gewidmet.

Das Ulcus duodeni. Von Privatdozent Dr. **Karl Glaessner** (Wien). Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten. V. Bd., Heft 7. Halle a. S. 1916, Carl Marhold Verlagsbuchhandlung. 86 S. 2,30 M.

In vorliegender Abhandlung gibt Verfasser auf Grund der Literatur und seiner eigenen Erfahrungen eine übersichtliche Darstellung der Pathologie, Symptomatologie und Therapie des Ulcus duodeni. Es ist bekannt, daß bei uns erst in den letzten Jahren vor Kriegsausbruch dem Duodenalgeschwür seitens der Internen und besonders der Chirurgen größere Beachtung geschenkt wurde, nachdem die englischen und amerikanischen Aerzte schon längere Zeit vorher diesem Kapitel ihr Interesse zugewandt hatten. In seiner Arbeit bringt Verfasser auch eine Zusammenstellung von 22, zum größten Teil an der II. Chirurgischen Klinik zu Wien operierten Fällen von Ulcus duodeni. Die eingehende Literaturzusammenstellung am Schlusse der Schrift wird allen Kollegen willkommen sein, welche spezieller über das Ulcus duodeni arbeiten wollen.

Die Improvisationen von Dampf-Desinfektionsapparaten. Eine Zusammenstellung der angegebenen Methoden. Herausgegeben von Kreisarzt Dr. **Wolf** (Witzenhausen). Dresden-N. 1916, Deutscher Verlag für Volkswohlfahrt G. m. b. H. 31 S.

Da man im Felde, um eine wirksame Bekämpfung der Kriegsseuchen zu erzielen, die Dampfdesinfektionsapparate nicht entbehren kann, ist man gezwungen, da nicht überall stationäre oder fahrbare Dampfapparate zur Verfügung stehen, zur Improvisation zu greifen. Besondere Bedeutung haben diese Behelfsvorrichtungen deshalb gewonnen, weil eine vollständige Entlausung der Kleidungsstücke, Bettsäcke, Decken usw. nur durch Hitze oder Dampf möglich ist. Derartige Improvisationen wurden nun im Laufe des Krieges in größerer Zahl vorgeschlagen und zum Teil praktisch erprobt. Vorliegende Schrift stellt die in der Literatur über den Gegenstand erschienenen Veröffentlichungen in Form eines Uebersichtsreferates kurz zusammen. R. L.

IV. Tagesgeschichte.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Marburg. Als Nachfolger des verstorbenen Prof. Schenck ist Prof. Dr. Franz Hofmann in Königsberg i. Pr. auf den Lehrstuhl der Physiologie hierher berufen worden.

Würzburg. Der aus dem Apothekerstande hervorgegangene außerordentliche Professor der Pharmakologie Dr. phil. et med. Ferdinand Flury ist nach der „Pharmac. Ztg." an das Kaiser-Wilhelm-Institut für physikalische Chemie und Elektrochemie in Berlin-Dahlem berufen worden.

Straßburg. Der Privatdozent der Chirurgie Prof. tit. Dr. N. Guleke ist zum außerordentlichen Professor befördert worden.

Wien. Dr. Hans Pollitzer hat sich für innere Medizin, Dr. Wolfgang Denk für Chirurgie und Dr. Bruno Klein für Zahnheilkunde habilitiert.

Kopenhagen. Der bekannte Pädiater Prof. Dr. Harald Hirschsprung ist im Alter von 85 Jahren gestorben.

Gerichtliches.

Leipzig. Das Reichsgericht verwarf kürzlich die Revision der beiden vom Landgericht III Berlin im November v. J. wegen **fahrlässiger Tötung** der Schauspielerinnen Nuscha Butze und A. v. Arnauld zu je 6 Monaten Gefängnis verurteilten Gesundbeterinnen H. und A.

Verschiedenes.

Berlin. Auf Anregung des preuss. Kriegsministers hat die Deutsche Gesellschaft für Volksbäder eine kleine Schrift herausgegeben, in der überall leicht beschaffbare Mittel und Einrichtungen zur **Beseitigung der Kleiderläuse** beschrieben werden. Die Schrift ist gegen vorherige Einsendung des Betrages von der Geschäftsstelle der Deutschen Gesellschaft für Volksbäder, Berlin W. 62, Kurfürstenstr. 81, zum Preise von 20 Pf. zu beziehen.

Warschau. Die Deutsche Verwaltung gewährt **Aerzten**, die sich in ländlichen Bezirken **Polens** niederlassen, erforderlichen Falles freie Wohnung und einen Zuschuß von durchschnittlich 200 M. monatlich. 64 Orte benötigen dringend der Niederlassung von Aerzten, da zurzeit erst auf etwa 40 000 Einwohner ein Arzt kommt. Näheres durch die Deutsche Medizinalabteilung.

Ende des redaktionellen Teils.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: San.-Rat Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil S. Caspari, Berlin-Schöneberg. Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW. 68, Alexandrinenstraße 110.

Page Missing in Original Volume

Page Missing in Original Volume

Page Missing in Original Volume

Page Missing in Original Volume

85. Jahrgang — Berlin, 13. Mai 1916 — No. 20

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Steinplatz 105 56

85. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Aus der Privatklinik Bethesda.

Tubenerkrankungen und Sterilität.

Von

Dr. D. **Pulvermacher**, leitender Arzt des Wöchnerinnenheims.

Wenn sich auch in dieser Zeit das größte Interesse kriegschirurgischen Themen zuwendet, so gibt es doch für den in der Heimat beschäftigten Arzt genug Fragen, deren Beantwortung oft auch von sozialem Interesse ist. So ist es nicht bedeutungslos, den Gründen weiblicher Sterilität nachzugehen, um auf irgendeine Weise Abhilfe schaffen zu können. Mich mit diesem uns viel beschäftigenden Gegenstande abzugeben, bewog mich folgende Beobachtung, die ich in diesen letzten Monaten machen konnte: Frauen, die jahrelang nach einer Geburt oder einem Abort steril waren, wurden nach dem ersten Verkehr mit ihrem Ehemanne, der nach längerer Abwesenheit Heimatsurlaub erhalten hatte, schwanger; in einem Teil der Fälle war eine ärztliche Behandlung voraufgegangen, der andere Teil war nie behandelt worden; in dem sicheren Glauben, daß auch jetzt keine Schwangerschaft eintreten könne, war der letzte Verkehr in vollendeter Weise vollführt worden. Ich legte mir nun folgende Frage vor: Ist in diesen Fällen die sterile Frau spontan gesund geworden oder ist zu der ärztlichen Behandlung noch ein günstiges ausheilendes Moment hinzugekommen? Um mir Klarheit zu verschaffen, studierte ich meine Krankengeschichten nach der Richtung hin durch, nach welchen Erkrankungen die einkindsterilen Frauen wieder schwanger wurden; das Krankheitsbild, das ich bei den vorbehandelten Patientinnen (s. oben) aufgenommen hatte, war, wie bei allen anderen, dasselbe: Der Uterus lag in Retroversionsstellung, war schwer beweglich, die Lig. sacrouterina waren verdickt, von den Uteruskanten konnte man die verdickten Muttertrompeten fühlen, die nach hinten zogen. Ueberraschend ist ja für uns dieser Befund nicht, da man ja weiß, daß die veränderten Tuben das hauptsächlichste Moment für die Aetiologie der weiblichen Sterilität abgeben. Welcher Art sind nun diese Veränderungen? Was kann therapeutisch zur Ausheilung getan werden, oder wird nur die Zeit den Heilfaktor abgeben? Selbstverständlich ist eine Ausheilung im Sinne einer etwaigen Schwangerschaft bei den Tubenerkrankungen ausgeschlossen, welche durch ihre gonorrhoische Natur einen stark zerstörenden Einfluß auf die Schleimhaut ausgeübt haben. So habe ich doppelseitige Eitersäcke ganz zurückgehen sehen, nachdem ich nur den Uterus an die Bauchwand befestigt habe. Es muß also in unseren Fällen die Schleimhaut zur Aufnahme eines befruchteten Eies fähig geblieben sein, während das abdominale Ende eine Zeitlang verschlossen war. Durch einen glücklichen Zufall erhielt ich durch zwei Fälle, die zwar zeitlich weit auseinanderliegen, einen Einblick in die pathologischen Veränderungen und die hierdurch bedingten Heilungsmöglichkeiten.

Fall 1. Frl. L. Sch. kommt am 28. März 1909 zu mir mit der Angabe, daß sie sehr große Schmerzen im Unterleib habe, vor einem Jahr ungefähr hätte sie einen Abort überstanden, dann einige Tage gefiebert. Der Untersuchungsbefund war nicht eindeutig; es wurde ein Eierstockstumor mit etwaiger Stieltorsion angenommen. Bei der am nächsten Tage vorgenommenen Laparotomie fand ich nun folgendes: Ein großes Konvolut von verklebten Därmen täuschte die Geschwulst vor: zwischen ihnen durch gelangte ich zur Gebärmutter, die nach hinten gelagert war, zu beiden Seiten lagen die verdickten Tuben, deren Enden ganz verschlossen zu sein schienen. Ich habe nun nichts weiter getan, als den Uterus nach Kocher extraperitoneal fixiert, da ja ein fester Tubenverschluß angenommen war. Der Fall verlief vollkommen fieberfrei. Wie war ich nun erstaunt, als ich die Patientin nach etwa ¾ Jahren wiedersah und eine Schwangerschaft im dritten Monat feststellte. Die Geburt verlief ganz glatt, ebenso die zweite im Februar dieses Jahres. Die anfangs März vorgenommene Nachuntersuchung ergab folgenden Befund: Uterus ist richtig gelagert, gut beweglich, die Anhänge sind vollkommen frei. Da ich nun den Mann kenne, der von Anfang an mit ihr verkehrte und weiß, daß er nicht gonorrhoisch infiziert war, so muß hier nach dem Abort durch Strepto- oder Staphylokokken eine Beckenperitonitis zustande gekommen sein, bei der es auch zu einer Verklebung der Fimbrienenden gekommen ist. Wie ist die Heilung zu erklären? Durch die Suspension der Gebärmutter kam es auch zu einer Geraderichtung der Muttertrompeten; besonders durch die Fixierung des Uterus konnte es zu einer Lösung der nicht festen Verwachsungen kommen.

Ebenso instruktiv ist auch der zweite Fall:

Frau St. kam im April vorigen Jahres zu mir und machte folgende Angaben: Sie hätte vor einem Jahre einen Abort überstanden, dann einige Tage gefiebert; seit dieser Zeit klage sie über große Kreuzschmerzen, eine erwünschte Schwangerschaft wäre nie mehr eingetreten. Ich nahm nun folgenden Befund auf: Der Uterus liegt in Retroversionsstellung, die verdickten Tuben fühlt man nach hinten ziehen. Die Frau kam erst nach einem halben Jahre wieder zur Behandlung; da es mir nun schien, als ob der Uterus fixiert wäre, riet ich zur Operation. Am 11. Oktober 1915 machte ich die vordere Kolpotomie; der Uterus ließ sich leichter, als ich dachte, herauswälzen. Es fiel mir nun auf, daß die Fimbrienenden leicht verklebt waren; mit einem Tupfer fuhr ich vorsichtig darüber hinweg. In Erinnerung des zuerst erwähnten Falles und der seitdem nach dieser Richtung gewonnenen Erfahrung gab ich mich damit zufrieden, nur den Uterus zu vaginaefixieren. Von dem so schnellen Erfolg war ich überrascht; am 11. April 1916 konnte ich eine Schwangerschaft im dritten Monat feststellen.

Es ist wohl mit Bestimmtheit anzunehmen, daß durch den operativen Eingriff eine schnellere Lösung der Adhäsionen, als ich es sonst gesehen hatte, zustande gekommen ist. Ich glaube nämlich auf Grund meiner Erfahrung behaupten zu können, daß es ganz bestimmte Fälle von weiblicher Sterilität gibt, bei denen derselbe pathologische Befund vorliegt (Adhäsionsbildungen um das abdominale Tubenende bei retrovertiertem Uterus) und bei denen auch eine konservative Behandlung Hoffnung auf Erfolg haben kann. Unterstützend wirkt in jedem Falle die therapeutische Maßnahme, wenn auch zugegeben werden muß, daß auch die Länge der Zeit ein allein ausheilendes Moment abgeben kann, zumal noch, wie in meinen letzten Fällen, die sexuelle Ruhe hinzugekommen ist.

Welcher Art ist nun mein Vorgehen in diesen Fällen? Um den durch Operation erzielten schnellen Erfolg in einer, wenn auch längeren Behandlungszeit mittels Pessar zu erreichen, ist es unbedingt notwendig, daß der Arzt und die Patientin die nötige Geduld haben. Es soll auch das, was früher durch die Massage erzielt wurde, durch den dauernden Druck des Pessars zustande gebracht werden. Ich gehe nun in folgender Weise vor: Einen Zelluloidring forme ich so, daß sein hinteres Ende von Zeit zu Zeit stärker nach oben gebogen wird. Am Anfange ist dieser Druck etwas unangenehm, jedoch bald gewöhnen sich die Frauen daran. Selbstverständlich hat das Pessar in diesen Fällen eine ganz andere Aufgabe, als der Regel nach zu erfüllen; während es ja sonst den in normale Lage gebrachten Uterus darin halten soll, muß es in diesen Fällen dauernd einen dehnenden Zug ausüben. Im ganzen ist es mir gelungen, im Laufe der Jahre in 10 Fällen die Sterilität zu beseitigen; für manchen vielleicht keine sehr große Zahl. Wer jedoch weiß, wie schwer in diesen Fällen die exakte Diagnose zu stellen ist, wird mit dem Erfolg zufrieden sein. Ich möchte nochmals wiederholen, daß man zwar in manchem Falle nicht genau sagen kann, ob hier nicht eine Selbstheilung zustande gekommen ist, aber doch im Hinblick auf den operativen Erfolg und die hierdurch gegebene Direktive die Hoffnung hegen muß, durch die langsame Suspension des Uterus und die damit zusammenhängende Streckung der Tuben mittels des Pessars viel zur Heilung beitragen zu können.

Zusammenfassend möchte ich folgendes sagen:

Den Grund einer Sterilität zu eruieren, ist sehr schwer; etwas erleichternd ist es in den hier herangezogenen Fällen, daß es sich um sogenannte Einkind-Sterilität handelt, wodurch die Differentialdiagnose, den Herd der Erkrankung zu finden, erleichtert wird. Was die therapeutischen Maßnahmen anbetrifft, so muß zugegeben werden, daß mit der Länge der Zeit, besonders bei sexueller Ruhe, eine Spontanheilung zustande kommen kann. Da wir jedoch durch unser operatives Vorgehen in diesen Fällen einen Erfolg erzielt haben, so werden wir berechtigt sein, die, wenn auch etwas länger dauernde Pessarbehandlung durchzuführen, da sie einerseits das operative Vorgehen nachzuahmen sucht, andererseits auch auf diesem Wege Erfolge erzielt worden sind, ohne daß eine gar zu lange Zeit verstreichen mußte und eine Fernhaltung des Geschlechtsverkehrs durchgeführt werden konnte. Auf manchen Versager eine glücklich durchgeführte Schwangerschaft sehen zu können, gewährt dem Arzt eine große Freude, zumal er ja auch in dieser Zeit beobachten muß, daß so manche Ehefrau durch die gonorrhoische Infektion seitens des Ehemannes die große Gefahr läuft, dauernd steril zu bleiben.

II. Referate.

Dr. **Karl Kolb** (Schwenningen): **Klinische Erfahrungen mit neuen Ersatzpräparaten des Morphins: Dihydromorphin und Diacetylhydromorphin (Paralaudin).** (Deutsche medizin. Wochenschr., 1915, No. 29.)

Verf. berichtet über klinische Erfahrungen mit zwei von der Firma K n o l l & C o. in Ludwigshafen in den Handel gebrachten Morphium-Ersatzpräparaten: Dihydromorphin und Diacetyldihydromorphin. Nach den Beobachtungen des Verfassers wirken beide Mittel wie Morphin. hydrochloric., verdienen aber den Vorrang vor diesem, weil Gewöhnung an sie gar nicht oder in sehr geringem Maße eintritt. Diacetylmorphin wird in Gaben von 0,01—0,02 g des salzsauren Salzes sowohl subkutan wie per os gut vertragen, das Dihydromorphin nur bei subkutaner Darreichung, während letzteres bei Zuführung per os leicht Erbrechen hervorruft. Was die Dosierung anlangt, so wird die Wirkung von 0,01 g Morphin. hydrochloric. etwa durch 0,02 g Dihydromorphin. hydrochloric. oder 0,01 bis 0,02 g Diacetylhydromorphin. hydrochloric. erreicht. R. L.

Dr. **L. Dünner** und Dr. **G. Eisner** (Berlin): **100 Fälle von Pneumonie, mit Optochin behandelt.** (Die Therapie der Gegenwart, Februar 1916.)

Die Verff. verfügen im ganzen über 79 Frühfälle und 21 Spätfälle. Von den 79 Frühfällen sind 43 = 54,4 Prozent entschieden günstig, 8 = 10 Prozent unentschieden und 18 = 23 Proz. nicht beeinflußt, 10 = 12,6 Proz. sind gestorben. Von den Spätfällen nahmen eine große Reihe ebenfalls eine günstige Wendung, von der die Verff. allerdings nicht sagen können, inwieweit sie auf die Optochinwirkung zu beziehen ist. Die Verff. kommen also zu dem Schluß, daß das Optochin für die Pneunomiebehandlung ein wertvolles Mittel ist, das um so besser wirkt, je früher es gegeben wird, und das auch noch im Spätstadium Vorteile gegenüber der rein symptomatischen Behandlung bietet. Den Beweis hierfür liefert die große Zahl von früh entfieberten Fällen und solchen mit früh einsetzender Lysis, ferner eine Reihe von Pneumonien, die klinisch als schwere Erkrankungen mit schlechter Prognose imponierten und trotzdem zur Ausheilung kamen. Diese Methode wird dadurch nicht entkräftet, daß das Optochin in einer verhältnismäßig kleinen Zahl von Lungenentzündungen versagte. Ob sich die Nebenerscheinungen bei vorsichtiger Dosierung vermeiden lassen, muß die weitere Erfahrung lehren.

Dr. **M. Gutstein**, Assistenzarzt der Friedrichstadt-Klinik für Lungenkranke zu Berlin: **Ueber die Entstehung des Hustens und seine Bekämpfung mit Thyangolpastillen.** (Medizin. Klinik, 1915, No. 47.)

Husten kann bei besonders disponierten Menschen von jeder Stelle der Körperoberfläche, z. B. schon bei Berührung der Hände oder Füße mit kaltem Wasser auf reflektorischem Wege ausgelöst werden. Auch von vielen inneren Organen aus kann Husten erzeugt werden (Leber, Milz, Magen, Gebärmutter, Adnexe etc.). Der von diesen Organen ausgelöste Husten tritt jedoch an Häufigkeit vollständig zurück gegenüber demjenigen, der bei der Erkrankung des Respirationstraktus entsteht. Soweit er zur Herausbeförderung der im Respirationsapparat befindlichen fremden Massen (Sputum, Fremdkörper) dient, stellt er eine zweckmäßige Abwehrvorrichtung des Organismus dar und wird deshalb nicht durch therapeutische Maßnahmen unterdrückt werden dürfen. Oft tritt der Husten aber in sehr lästiger und zweckloser Weise auf, indem er besonders als Reizhusten den Kranken um Ruhe und Schlaf bringt und auch die Nahrungsaufnahme erschwert. Zur Unterdrückung beziehungsweise Milderung dieses Hustens wird allgemein Morphium und mit noch besserem Erfolge sein weniger giftiges Methylderivat, das Kodein, angewandt. Als Derivat des Morphins, des die zentrale Gehirnerregbarkeit herabsetzenden Pharmakons par excellence, wirkt das Kodein durch Herabsetzung der zentralen Erregbarkeit des in der Medulla oblongata gelegenen „Hustenzentrums“. Bedenkt man jedoch, daß das Hustenzentrum nur den peripherisch ausgelösten Hustenreiz durch Vermittlung der Vagusäste auf die die einzelnen Hustenstöße hervorbringenden Atemmuskeln überträgt, so ist die Frage nicht unberechtigt, ob es nicht möglich sei, die peripherischen hustenauslösenden Reize an dem Orte ihres Entstehens, etwa durch ein Lokalanästheticum, auszuschalten und sie so überhaupt nicht an das Hustenzentrum gelangen zu lassen. Wie die klinischen Beobachtungen in Uebereinstimmung mit den experimentellen Ergebnissen von N o t h n a g e l und K o h t s lehren, kommen im Respirationstraktus als tussigene Stellen in Betracht: die Schleimhaut des Pharynx, die des Larynx unterhalb der wahren Stimmbänder, die Trachea, die Bifurkationsstelle der Bronchien und die Schleimhaut der kleineren Bronchien. Wie der bei der Pleuritis auftretende Husten zeigt, kann auch von der Pleura aus Husten ausgelöst werden. Von diesen hustenauslösenden Stellen können hauptsächlich der Pharynx, der Larynx und allenfalls noch der obere Teil der Trachealschleimhaut ohne größere Manipulationen (Tracheobronchoskopie) lokalanästhesiert werden. Der Gedanke, diesen Hustenreiz an seinen auslösenden Stellen selbst zu bekämpfen, liegt um so näher, als wir im Anästhesin ein ziemlich wirksames und in therapeutischen Dosen ganz unschädliches Lokalanästheticum besitzen. Am wirksamsten ist die Verabreichung des Anästhesins in Pastillenform, indem auf diese Weise beim langsamen Zergehen der Pastillen im Munde eine lange dauernde und intensive Berührung der Schleimhäute des Pharynx und zum mindesten noch durch Herabfließen des Speichels des oberen Teils des Larynx garantiert ist. G. benutzte zu seinen Versuchen die unter dem Namen T h y a n g o l von der Chemischen Fabrik Dr. T h i l o, Mainz, in den Handel gebrachten Pastillen. Die Thyangolpastillen stellen pfennigstückgroße Kugelsegmente von dunkel-

braunroter Farbe und wachsigharziger Konsistenz dar. Nach Angabe der Fabrik enthalten sie pro Pastille Anästhesin 0,03, Phenacetin 0,08 und kleine Mengen Thymol, Menthol und Ol. Eucalypti. Sie hinterlassen beim Zergehen ein taubes Gefühl an der Mundschleimhaut, das zirka ein bis zwei Stunden anhält. Trotzdem wurden die Pastillen von den Patienten nur selten zurückgewiesen. In Dosen von sechs bis zehn Pastillen pro die angewandt, wobei Verf. die Patienten anwies, die Pastillen auf den hinteren Teil der Zunge zu bringen und durch langsames Hin- und Herbewegen zum Zergehen zu bringen, haben sich die Thyangolpastillen als gutes Mittel erwiesen, den Husten infolge von Rachenerkrankungen (Pharyngitis sicca, hypertrophicans, granulosa) zu unterdrücken bezw. zu mildern. Weitere Versuche haben ergeben, daß es auch bei Erkrankungen der tiefer gelegenen Teile des Respirationstraktus, z. B. Bronchitis, Lungentuberkulose, durch die Thyangolpastillen in einem großen Prozentsatz der Fälle gelingt, den Husten stark zu vermindern. Es ist wahrscheinlich, daß die Wirkung darauf beruht, daß größere, mit dem Anästheticum gesättigte Speichelmengen durch Herabfließen an der hinteren Rachenwand und an der Zungenwurzel entlang an die Epiglottis und auch an den Kehlkopf selbst gelangen. Zweitens empfiehlt Verf. die Pastillen zur Beseitigung der Schluckschmerzen der Larynxtuberkulösen. Kr.

Philalethes Kuhn: Die Verwendung der Tierkohle zum Nachweis von Typhusbazillen. (Medizin. Klinik, 1915, No. 48.)

Anläßlich der Verwendung von Tierkohle zur Behandlung von Typhusbazillenträgern nach den Angaben von Géronne und Kalberlah prüfte Verf. den Einfluß der Tierkohle auf Bazillen in vitro. Er stellte hierbei fest, daß die Kohle eine mächtige Anziehungskraft auf Bakterien hat, und daß diese Wirkung auf Typhusbazillen und Paratyphusbazillen stärker ist als auf Colibazillen. Wahrscheinlich sind die Geißeln bei der Erscheinung besonders beteiligt. Man beobachtet das am besten bei folgender Versuchsanordnung: In einem Röhrchen mit 3 ccm physiologischer Kochsalzlösung wird eine Milligrammöse frische Agarkultur der Bakterien verrieben. Sodann wird Wiechowskische Tierkohle in Einzelgaben von 0,001 g zugesetzt und die Mischung jedesmal gut geschüttelt. Bei der Untersuchung einer Normalöse der Aufschwemmung im hängenden Tropfen sieht man Typhus- und Paratyphusbazillen schon nach der ersten Gabe stark vermindert. Man zählt meist nur ein Drittel oder ein Viertel der ursprünglichen Zahl, höchstens die Hälfte. Nach der zweiten Gabe von 0,001 g Tierkohle sieht man unter dem Mikroskop in jedem Gesichtsfelde etwa noch die Hälfte der Zahl, die nach der ersten Kohlegabe gezählt wurde. Mit jeder weiteren Gabe verringert sich die Zahl der frei beweglichen Keime. Nach der fünften ist meist nichts mehr von ihnen zu erblicken. Dieselben Vorgänge spielen sich beim Bacterium coli ab, nur bleibt die Wirkung der Kohle hier hinter der beim Typhus und Paratyphus zurück. Schon die ersten Beobachtungen dieser Art legten Verf. den Gedanken nahe, daß es gelingen könnte, aus Stuhl und Urin durch Kohlefällung den Nachweis der Typhusbazillen zu erleichtern. Es wurden in Kochsalzlösungen dünne Aufschwemmungen von Stühlen durch Schütteln mit Glasperlen gemacht und durch watteverstopfte Trichter von den groben Bestandteilen befreit. In Röhrchen mit 8 bis 10 ccm der Flüssigkeit wurde 0,04 bis 0,08 g Tierkohle hineingetan und durch Schütteln verteilt. Nach dem Absetzen wurde die Flüssigkeit mittels Gummiballs und Pipette abgesaugt, worauf von dem Bodensatz Ausstriche auf Endoplatten angefertigt wurden. Der Urin wurde ohne weiteres mit Kohle versetzt. Die Versuche mit sicheren Typhusstühlen ergaben sofort ein überraschendes Aussehen der Platten. Die Colikolonien waren gegenüber den Kontrollplatten sehr spärlich, die Typhuskolonien waren zahlreich. Das Ergebnis von 125 Untersuchungen war folgendes: Es wurden insgesamt 76 Stämme gefunden, und zwar 66 mal Typhus- und 10 mal Paratyphus-B-Bazillen. Von diesen wurden durch das Kohleverfahren 55 Typhus- und 9 Paratyphusstämme, durch unmittelbare Endoplatten und solche nach Malachitabschwemmung zusammen 50 Typhus- und 8 Paratyphusstämme gewonnen. Nur durch das Kohleverfahren wurden 16 Typhusstämme und 2 Paratyphusstämme ermittelt. Das Kohleverfahren versagte demgegenüber bei 11 Typhus- und einem Paratyphusstamme. Es ergibt sich daraus, daß das Kohleverfahren der gemeinsamen Anwendung der Malachit- und Endoplatte überlegen war. Kr.

E. Leschke (Berlin): Ueber die lokale Behandlung der Diphtherie mit Tribrom-β-Naphthol (Providoform). (Münchener med. Klinik, 1915, No. 41.)

Verf. berichtet über die Erfolge, welche er mit vorgenanntem Mittel, das für Mensch und Tier ungiftig ist, aber eine sehr starke desinfizierende Wirkung hat, auf der 2. med. Univers.-Klinik der Kgl. Charité zu Berlin bei Diphtheritis erzielt hat. Das P. wird angewandt: 1. Als Einstäubung in Substanz mit einem Pulverbläser; wirksamer ist jedoch die Anwendung zu 2: in der Form der Einatmung der fein zerstäubten Lösung oder Emulsion (1 Fl. der 5 proz. alkalischen Providoformtinktur kommt auf 1 Glas Wasser in homogener Emulsion und wird mit Hilfe eines kräftigen Zerstäubers eingeatmet). Mit dem in der Rachenhöhle angesammelten Quantum Flüssigkeit läßt man dann noch gurgeln. Die Lösung muß jedesmal frisch bereitet sein und darf nicht ausflocken. Außerdem kann man 3. die Mandeln mit der unverdünnten 5 proz. Tinktur pinseln. Das Mittel wird so lange angewendet, bis die Patienten bazillenfrei sind. Die Serumbehandlung darf dabei selbstverständlich nicht unterlassen werden. Der Erfolg der Behandlung äußert sich darin, daß sich die Beläge entschieden schneller abstoßen und daß die Diphtheriebazillenträger rascher bazillenfrei gemacht werden; das subjektive Befinden sowie der objektive Krankheitsverlauf werden günstig beeinflußt. Schwere Vergiftungserscheinungen durch das Diphtherietoxin, Lähmungen, tödlicher Ausgang werden durch die Providoformbehandlung nicht immer vermieden. Zweckmäßig ist auch eine regelmäßige Anwendung des P. zur Mundpflege und zum Eingeben bei diphtheriegefährdeten Kindern und Erwachsenen. S.

Prof. Dr. Hermann Eichhorst (Zürich): Ueber Impetigo-Nephritis. (Deutsches Archiv f. klin. Medizin, Bd. 118, Heft 4 u. 5.)

Die Impetigo contagiosa ist erfahrungsgemäß eine sehr harmlose Krankheit, welche allerhöchstens vorübergehend durch reichliche Bildung von Eiterblasen und Borken im Gesicht zu Entstellung führt und sich als ein örtliches Hautleiden erweist. Immerhin kommen von dieser Regel, wie Verf. kürzlich erfahren hat, auch Ausnahmen vor. In einem Dorfe nahe bei Zürich wird Ende Juli 1915 ein 14jähriges Mädchen ohne nachweisbare Ursache von einer Impetigo des Gesichts und der Unterarme befallen. 14 Tage später erkrankt ihre 6 jährige Schwester an dem gleichen Hautausschlag und nach weiteren 4 Tagen kommen auch noch gleichzeitig eine 9 jährige und eine 2½ jährige Schwester an die Reihe. Zufälligerweise erfuhr Verf., daß auch noch ein Kind in einem benachbarten Hause angesteckt wurde. Es überstand die Impetigo ohne irgendwelche Beschwerden und kam nach beendeter Abheilung mit einem frischen Scharlach auf die medizinische Klinik. Weitere Erkrankungen an Impetigo sollen in dem Dorfe nicht vorgekommen sein. Während sich die Erkrankten zunächst in ihrem sonstigen Befinden nicht gestört fühlten, traten bei den beiden zuerst erkrankten Schwestern Erscheinungen einer sehr schweren hämorrhagischen Nephritis hinzu, welche bei dem älteren Mädchen erst nach 2 Monaten zur Heilung gelangte, während das 6 jährige Mädchen, welches gleichzeitig zur Aufnahme gelangte, schon zu Beginn der zweiten Woche durch Urämie zugrunde ging. Die dritte und vierte Schwester kamen erst 10 Tage später zur Aufnahme auf die medizinische Klinik. Bei der älteren bestand Albuminurie leichtesten Grades, bei der jüngsten zeigten sich die Nieren unversehrt. Kr.

G. Wesenberg (Elberfeld): Zur Bekämpfung der Läuseplage. (Deutsche med. Wochenschr., 1915, No. 29.)

Verf. fand bei Versuchen über die Wirkung verschiedener Stoffe auf Läuse in dem Cyklohexanon (Hexamethylen-Keton) ein äußerst wirksames Mittel, welches die Tiere in sehr kurzer Zeit abtötet. Cyklohexanon ist eine zu etwa 8 Prozent in Wasser lösliche Flüssigkeit, welche sich mit Alkohol, Aether und mit Fetten in jedem Verhältnis mischen läßt. Von pulverförmigen Körpern, wie Calciumkarbonat, wird es leicht aufgesogen, Pulvermischungen mit 20 Proz. Cyklohexanon lassen sich gut verstäuben. Die Substanz riecht eigenartig aromatisch-erfrischend. Cyklohexanon wirkt auf die Läuse hauptsächlich schädlich durch seine Dunstwirkung; etwas geringer ist die Kontaktwirkung. Setzt man dem Cyklohexanon etwas Cyklohexanol hinzu, so erhält man ein Gemisch, welches Dunstwirkung mit Kontaktwirkung vereinigt. Bei direktem Bepudern mit einem Pulvergemisch, das von einer Cyklohexanon-Cyklohexanol-Mischung rund 20 Proz. enthält, gehen Kopf- und Kleiderläuse, ebenso Hunde- und Pferdeläuse nach etwa 15 Minuten, besonders resistente Tiere nach 30 Minuten ein. Auf Grund dieser günstigen Ergebnisse bringen die Farbenfabriken Fr. Bayer & Co. in Leverkusen bei Cöln a. Rh. eine Pulvermischung und eine alkoholisch-wässerige Lösung mit 20 Proz. Cyklohexanongehalt unter Zusatz von Cyklohexanol unter der Bezeichnung „Lausofan" in den Handel. Versuche an Menschen in Gefangenenlagern zeigten die Brauchbarkeit des Lausofans zur Läusevertilgung. Die Leute wurden halbentkleidet auf dem bloßen Körper mit dem Pulver bestäubt oder mit der Lösung bespritzt und dann die ebenso behandelten Kleider wieder angezogen. Nach 2—4 Stunden wurden bei dem Nachsuchen meist nur tote Läuse gefunden. Eventuell kann man

die Behandlung wiederholen, um die lebend gebliebenen Tiere bei der zweiten Behandlung zu treffen. Zur Vernichtung der dem Körper anhaftenden Läuse werden bettlägerige Patienten im alten, verlausten Bett entsprechend behandelt, und dann, in ein unverlaustes Bettuch eingeschlagen, in ein frisches Bett übergeführt, wo sie fest eingepackt etwa 2 Stunden liegen bleiben, um das Lausofan voll zur Wirkung kommen zu lassen. Auf diese Weise wurden in den Gefangenenlagern sehr gute Erfolge erzielt. Auch die Nissen der Läuse werden durch Lausofan innerhalb zwei Stunden abgetötet. Auch Flöhe und Wanzen werden durch Lausofan abgetötet. Ferner fand sich, daß die 5 proz. wässerige Lösung des Cyklohexanons die Eitererreger Staphylococcus aureus und Bacterium pyocyaneum innerhalb 2½ Minuten abtötet. R. L.

Dr. **A. Nussbaum**, Assistent d. chir. Klinik zu Bonn: **Ueber Gefahren der Albeeschen Operation bei Pottschem Buckel der Kinder.** (Beiträge zur klin. Chir., Bd. 99, Heft 1.)

Die Tuberkulose der Wirbelsäule verlangte bis vor kurzem eine außerordentlich lange Behandlung, welche an die Geduld von Arzt und Patient die größten Anforderungen stellte. Mit Freuden wurde daher die von Albee angegebene Versteifung des ergriffenen Teiles der Wirbelsäule durch einen Periostknochenspan aus der Tibia begrüßt. Und die unmittelbaren Erfolge des Eingriffs waren geradezu verblüffende. Kinder, welche jahrelang in Gipsbetten gelegen hatten und beim Aufsetzen die größten Schmerzen äußerten, konnten einige Monate nach der Einheilung der Knochenbrücke schmerzlos umherlaufen. Auch die Besserung des Allgemeinbefindens war eine erstaunliche. Die Operation wurde infolgedessen in zahlreichen Fällen vorgenommen. Gerade dieser Umstand veranlaßte die vorliegende Arbeit. War der erste Erfolg des Eingriffs auch ein guter, so mußten bei Kindern für die spätere Zeit doch Nachteile befürchtet werden. Diese ergeben sich aus folgender Ueberlegung. Der eingepflanzte Knochenspan überbrückt die Epiphysenlinien aller versteiften Wirbel. Da er nun selbst kein aktives Wachstum besitzt, so ist zu erwarten, daß er in gewissem Maße die Verlängerung der Wirbelsäule hindern wird. Es kommt noch ein Zweites hinzu. Die Zunahme der Länge der Wirbelkörper findet an dem Transplantat einen Widerstand. Ist nun die Wachtumsenergie der Epiphysenlinien größer als die Festigkeit des Transplantates, so muß dies entweder quer zu seiner Längsachse zerrissen werden oder im Sinne einer Lordose gebogen werden. Letzteres ist das Wahrscheinlichere, da zur queren Trennung eines Knochenstückes durch Zug eine außerordentlich große Kraft gehört. Ferner ist die Verbiegung der Wirbelsäule um so mehr zu erwarten, als durch die Anheilung eines Knochenperiostlappens auf die Außenseite der unteren Femurepiphyse ein Genu valgum erzeugt werden kann. Um beurteilen zu können, inwieweit Störungen durch die Albeesche Operation entstehen können, wurden 3 junge Hunde von demselben Wurf operiert und mit zwei Brüdern in demselben Stalle großgezogen. Es waren junge Ziehhunde, zur Zeit des Eingriffs 5, 6 und 8 Wochen alt. Zur Ueberbrückung von 5 Wirbeldornfortsätzen beim Hunde muß man aus jeder Tibia je einen Span entnehmen; der Unterschenkel ist nämlich beim Tiere unverhältnismäßig viel kürzer als beim Menschen. Die Dornfortsätze wurden gespalten und die beiden Späne hineingekeilt. Darüber wurde die Rückenfaszie beider Seiten zusammengenäht, um so das Transplantat an seiner Stelle zu halten. Es trat im Versuch das Erwartete ein: Die Wirbelsäule lordosierte sich. Zugleich blieb das Tier kleiner infolge des gehemmten Wachstums von 5 Wirbeln. Die Lordosierung der Wirbelsäule als Folge der Albeeschen Operation scheint für den Pottschen Buckel nur von Vorteil zu sein. Jedoch ist immerhin fraglich, ob diese Verbiegung der Wirbelsäule auch zustande kommt. Es ist dies deshalb unwahrscheinlich, da die Mitte des festgestellten Wirbelsäulenabschnitts durch die Tuberkulose zerstört ist. Daher fehlt in der Konstruktion ein Teil, welcher die Festigkeit des Ganzen so sichert, daß die Lordosierung überhaupt erst möglich wird. Beim Pottschen Buckel wird allenfalls eine geringe Verbiegung unter- und oberhalb des prominierenden Dornfortsatzes entstehen. Dadurch wird jedoch das Unschöne des Buckels nur noch markierter. Auch die Beschränkung des allgemeinen Körperwachstums durch die Operation wird keinesfalls das Ebenmaß des Patienten erhöhen. Zieht man dagegen die Vorteile des Verfahrens in Betracht: das schnelle Außerbettbringen, ohne daß schwere und hinderliche Stützapparate nötig wären, und das dadurch bedingte rapide Emporblühen des Allgemeinbefindens, so wird man die nur kosmetischen Nachteile gern in Kauf nehmen. Kr.

III. Tagesgeschichte.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Das **Kaiser Wilhelm-Institut für experimentelle Biologie** in Berlin-Dahlem ist vor kurzem eröffnet worden. Erster Direktor ist Prof. Dr. C. Correns, bisher Direktor des Botanischen Gartens der Universität Münster i. W., zweiter Direktor Prof. Dr. H. Spemann von der Rostocker Universität. Prof. Dr. Goldschmidt leitet die Abteilung für Vererbungslehre und Biologie der Tiere, Prof. Dr. M. Hartmann von dem Institut für Infektionskrankheiten „Robert Koch“ die Abteilung für Protistenkunde und Dr. O. Warburg die Abteilung für Physiologie. In Verbindung mit dem Institut steht als Mitarbeiter der genannten Gelehrten Prof. Dr. K. Herbst, der in Heidelberg zoologische Untersuchungen auf dem Gebiete der Entwicklungsmechanik durchführt.

Marburg. Geheimrat Prof. Dr. v. Behring, der seit längerer Zeit leidend ist, legt demnächst seine Stellung als Direktor des Instituts für Hygiene und experimentelle Therapie und das damit verbundene akademische Lehramt nieder.

Würzburg. Prof. Dr. Flury ist nicht (vgl. No. 18, S. 72) dauernd nach Berlin-Dahlem berufen worden, sondern arbeitet nur vorübergehend am dortigen Kaiser-Wilhelm-Institut für physikalische Chemie.

Basel. Hierselbst starb der ordentliche Professor der Gynäkologie und Geburtshilfe Dr. Otto v. Herff, der im nächsten Monat sein 60. Lebensjahr vollendet hätte. Seit 1879 Arzt, hatte er sich zuerst unter Bose in Gießen zum Chirurgen ausgebildet und darauf einige Jahre in Darmstadt als Hospitalarzt gewirkt. 1889 ging er nach Halle, um sich unter Kaltenbach der Gynäkologie zuzuwenden. Er habilitierte sich kurz darauf für dieses Fach, erhielt 1894 den Professortitel und 1900 ein Extraordinariat. 1903 wurde er nach Basel als Ordinarius berufen, wo er bis jetzt gewirkt hat. v. Herffs Veröffentlichungen beziehen sich auf die verschiedensten Teile der Geburtshilfe und Gynäkologie. Selbständig erschien von ihm eine Lehrzwecken dienende „Geburtshilfliche Operationslehre“; außerdem hat er mit Max Saenger gemeinsam eine Enzyklopädie seines Sonderfaches herausgegeben.

Zürich. Im Alter von 78 Jahren promovierte an der Züricher Universität regulär mit einer Dissertation über „Sanitäre Verhältnisse im Kanton Luzern während des 18. Jahrhunderts“ Joseph Dolder, der als Arzt in Münster (Kt. Luzern) schon eine 50 jährige Praxis hinter sich hat.

Bern. Der Ordinarius für Otologie und Rhinolaryngologie Dr. W. Lindt ist im Alter von 56 Jahren gestorben.

Innsbruck. Der Extraordinarius der Histologie Prof. Dr. v. Schumacher ist zum ordentlichen Professor ernannt worden.

Budapest. Der Privatdozent der experimentellen Pharmakologie Dr. G. Mansfeld ist zum außerordentlichen Professor befördert worden.

Amsterdam. Im Alter von 57 Jahren starb der frühere Direktor der Universitäts-Augenklinik Prof. M. Straub.

Gerichtliches.

M.-Gladbach. Die Ehefrau eines Ackerers, die sich mit Krankenbehandlung befaßt, wurde wegen **fahrlässiger Körperverletzung** zu sechs Monaten Gefängnis verurteilt, weil sie Patienten mit Beinleiden (Krebs bezw. Tuberkulose) in Behandlung genommen und dadurch eine Verschlimmerung der Krankheiten verschuldet hatte.

Bremen. Der Krankenbehandler D. wurde vom hiesigen Landgericht wegen **fahrlässiger Tötung** zu 1½ Jahren Gefängnis verurteilt. Er hatte zwei an Diphtherie erkrankte Kinder erfolglos mit homöopathischen Mitteln behandelt und es unterlassen, die Zuziehung eines Arztes zwecks Einleitung einer zweckmäßigen Behandlung anzuraten.

IV. Amtliche Mitteilungen.

Personalia.

Preußen.

Versetzt: o. Prof. Dr. E. Gaupp aus Königsberg i. Pr. in gleicher Eigenschaft in die medizinische Fakultät der Universität Breslau.

Niedergelassen: Julie Cohn, Alfred Lewin, L. Seyberth und Camilla Weichselmann in Berlin.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: San.-Rat Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil S. Caspari, Berlin-Schöneberg
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW. 68, Alexandrinenstraße 110.

85. Jahrgang **Berlin, 20. Mai 1916** **No. 21**

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Steinplatz 105 56

85. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Referate.

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **August Hoffmann** (Düsseldorf): **Zur Behandlung chronischer Herz- und Nierenkrankheiten mit „Theacylon".** (Münch. med. Wochenschr., 1915, No. 33.)

Eine Reihe von Theobromin- und Theocinpräparaten sind als Diuretica in Gebrauch. Es ist eine Erfahrungstatsache, daß bei dem einen Kranken das eine, bei dem anderen ein anderes dieser Präparate besser wirkt, ohne daß man die Ursachen angeben kann. Darum ist es wünschenswert, daß man möglichst viele derartiger Präparate zur Verfügung hat, um evtl. abwechseln zu können, wenn die älteren Diuretica versagen. Die Firma Merck hat nun einige neue Azetylsalizylderivate des Theobromins dargestellt und dem Verf. zur klinischen Prüfung übergeben. Speziell das Azetylsalizyltheobromin, dem der Name „Theacylon" beigelegt wurde, erwies sich als ein hervorragendes Diureticum. Diese Substanz ist gegen schwache Säuren beständig und passiert im allgemeinen den Magen unzersetzt. Durch verdünnte Alkalien, also im Darm, wird es leicht in seine Komponenten gespalten. Das Theacylon übt keine lokale Aetzwirkung auf die Magenschleimhaut aus. Die Dosierung wurde so bemessen, daß 3—8 mal täglich 0,5 g gegeben wurde. In einem Fall von chronischer Nephritis und Niereninsuffizienz, welchen Verf. genauer mitteilt, wo alle anderen Mittel versagt hatten, entfaltete das Theacylon eine nicht nur einmalige lebensrettende Wirkung, sondern eine überraschende Dauerwirkung. Verf. behandelte weiter noch 29 Fälle von chronischen Herz- und Nierenerkrankungen mit Hydrops mit Theacylon. Aus den gesamten Beobachtungen ergab sich, daß Theacylon als Diureticum bei Herz- und Nierenkrankheiten den bisher bekannten Theobrominpräparaten in vielen Fällen überlegen ist. Die Nebenerscheinungen, wie Erbrechen oder sonstige digestive Störungen, treten nicht so häufig auf, wie bei anderen Theobrominverbindungen. Ganz fehlen sie auch nicht. Verf. empfiehlt in Fällen, bei denen Theacylon Erbrechen oder sonstige Magenstörungen hervorruft, kleine Dosen Salzsäure zu geben. Nach den Feststellungen des Verfs. findet nicht nur eine Steigerung der Flüssigkeitsausfuhr, sondern auch eine Vermehrung der Ausfuhr der festen Substanzen unter der Einwirkung des Theacylons statt. Bei Nephritikern wird fast regelmäßig der gesteigerte Blutdruck herabgesetzt, auch die stenokardischen Beschwerden werden günstig beeinflußt. Manchmal tritt nach den ersten Gaben des Mittels eine verminderte Eiweißausscheidung auf, die bald wieder nachläßt, daher ohne besondere Bedeutung ist. Die für den therapeutischen Effekt notwendige Tagesdosis des Mittels schwankt zwischen 1 und 4 g. In der Regel wurden täglich 4—6 Gaben von 0,5 g oder 3 Gaben von 1 g gegeben. Häufig wurde Theacylon kombiniert mit Digitalispräparaten gegeben und gefunden, daß, wo Digitalis allein die Diurese nicht anregte, erst die Zugabe von Theacylon sie in Gang brachte, während das Theacylon auch ohne Digitalis in Fällen schwerer Insuffizienz imstande ist, eine ganz ausgiebige Diurese zu erzeugen. R. L.

Dr. **Emil Flusser** (Prag): **Die Ruhr der Kinder in Russisch-Polen.** (Medizin. Klinik, 1916, No. 13.)

Bei seiner Tätigkeit in Russisch-Polen, wo ihm mangels anderer Aerzte auch die Behandlung der Zivilbevölkerung oblag, konnte Verf. manche Einzelheiten an seinen Ruhrkranken sehen, die er im Spitale nicht hat beobachten können, und diese bespricht Verf. in vorliegender Arbeit. Er sah im Laufe von fünf Wochen 28 Ruhrfälle in der Zivilbevölkerung. Die Uebersicht des Alters der Kranken zeigt, daß die Ruhr dort, wo sie zu Hause ist, das erste Kindesalter weitaus bevorzugt, während ältere Kinder und insbesondere Erwachsene seltener erkranken. Dem wichtigsten Symptome der Ruhr, den blutigen Durchfällen, gehen im Kindesalter in vielen Fällen Prodromalerscheinungen voraus. Außer Erscheinungen seitens des Verdauungstraktes kommen auch zerebrale Erscheinungen in diesem Stadium vor. Das hämorrhagische Stadium dauert in der Regel nur einige Tage, kann aber zu den schwersten Krankheitsbildern führen. Dem hämorrhagischen Stadium folgt ein Magen-Darmkatarrh, der nicht nur beim Säugling, sondern auch in den ersten Lebensjahren zu einem der Dekomposition gleichenden Zustand führen kann. Die Behandlung hat in erster Linie die Ernährung zu berücksichtigen. Eine medikamentöse Behandlung, insbesondere das Opium zur Bekämpfung des schmerzhaften Tenesmus, ist selbst beim Säugling kaum zu entbehren. Kr.

H. Quincke (Kiel-Frankfurt a. M.): **Der Hydrops bei Nephritis.** (Medizin. Klinik, 1916, No. 13.)

Der Hydrops bei Nierenerkrankungen ist nach Verf. nicht einheitlich zu erklären. Bei Nephrosen und akuter diffuser Glomerulonephritis ist der Hydrops „renal" (von der Nierenerkrankung abhängig). Bei der reinen Schrumpfniere durch Arteriosklerose mit Herzhypertrophie kann er rein „kardial" sein (durch Herz- und Gefäßerkrankung bedingt). Bei der sekundären Schrumpfniere ist er meist renalen und kardialen Ursprunges. Der renale Hydrops findet sich hauptsächlich bei Erkrankung der Nierenepithelien. Der renale Hydrops beruht zum Teil auf Wasserabscheidunginsuffizienz der Niere, zum anderen Teil auf Vorgängen in den Körperorganen und -geweben selbst. Hier liegt entweder vermehrte Durchlässigkeit der Gefäße oder (wahrscheinlicher) stärkere Wasseranziehung seitens der Gewebe selbst vor, vielleicht beides. Den Anstoß dazu gibt die Aufspeicherung harnfähiger Stoffe, z. B. von Kochsalz oder von Umsatzprodukten des allgemeinen Stoffwechsels oder von inneren Sekreten der erkrankten Nieren (also Zusammenhang mit dem toxischen Hydrops). Begünstigend für den renalen Hydrops wirkt Anämie und Kachexie.

Für Diagnose und Therapie ist eine genaue Kontrolle der Wasserbilanz erforderlich, schon im Stadium des latenten Oedems. Dazu muß sowohl Wasserzufuhr wie Harnmenge ständig gemessen und das Körpergewicht bestimmt werden. Ueberall, wo das Herz mit in Frage kommt, ist beim Hydrops neben der medikamentösen Therapie Wasserbeschränkung erforderlich, beim renalen Hydrops oft auch zeitweise Beschränkung des Stoffumsatzes, namentlich dieser oder jener harnfähiger Stoffe, z. B. des Kochsalzes. Einen Versuch mit der früher sehr beliebten „Durchspülung" wird man nur bei guter Wasserbilanz machen dürfen. Sehr plausibel erschien von jeher gegenüber dem Hydrops eine auf vermehrte Wasserausscheidung gerichtete Therapie: Schwitzen, warme Bäder, auch drastische Abführmittel und Diuretica. Der Nutzen namentlich der ersteren steht empirisch fest; wahrscheinlich kommen dabei auch noch andere Momente als die Wasserausscheidung zur Wirkung. Kr.

Dr. med. **Ferdinand Becker** (Frankfurt a. M.): **Gedämpfte Hochfrequenzströme als narbenerweichendes Mittel.** (Münch. med. Wochenschr., 1915, No. 31.)

Zur Erweichung von Narbengewebe stehen verschiedene Mittel zur Verfügung. Am bekanntesten sind die Fibrolysininjektionen. Ferner dienen dazu verschiedene physikalische Maßnahmen: Bäder, Wärmeanwendung, Massage, Gymnastik, Röntgen- und Radiumbestrahlungen, endlich der elektrische Strom. Weniger bekannt ist, daß die Elektrizität auch in Form der gedämpften Hochfrequenzströme als Hilfsmittel zur Gewebserweichung in Anwendung gezogen werden kann. Verf. hat sie in einer Anzahl von Fällen, in denen verdickte Narben, Kontrakturen und dergl. meist nach Schußverletzungen zurückgeblieben waren, zur Erweichung von Narbengewebe benutzt. Was die Technik anlangt, so kommen nur Spannungsströme zur Verwendung, und zwar lediglich die feinsten Büschelentladungen, die Hochfrequenzeffluvien. Funken werden nach Möglichkeit vermieden. Bezüglich der Anzahl der Sitzungen lassen sich keine bestimmten Angaben machen. R. L.

J. Philipowicz: Ueber autoplastische Blutstillungsmethoden und aseptische Thrombose. (Archiv f. klin. Chirurgie, Bd. 106, Heft 2.)

Ausgehend von der Tatsache, daß in jedem Gewebe, wenn auch nicht in jedem in gleichem Maße, gerinnungsfördernde Substanzen enthalten sind, stellte der Verfasser am Tiere zahlreiche Versuche über autoplastische Blutstillungsmethoden an und kommt dabei zu folgendem Schluß: Die Verwendung von frei transplantiertem Gewebe zur Blutstillung ist im aseptischen Wundgebiet jeder anderen Methode vorzuziehen, vorausgesetzt, daß ein inniger Kontakt des Transplantates mit der blutenden Fläche, genügend lange Zeit der Einwirkung und eine genügende Menge des betreffenden Gewebes vorhanden ist. Als Gewebe kommen in Betracht: Netz, Fett, Muskel, Unterhautzellgewebe, Faszie, und zwar Netz bei Blutungen der Organe der Bauchhöhle, hier eventuell mit Zuhilfenahme von Fett zur Erhöhung der Masse, Fett allein bei Blutungen der Niere, Muskel für das Gehirn, Rückenmark und den Thorax wegen der bequemsten, nächstliegenden Entnahme und der reichlichsten Entwicklung. Die Fascia lata kann ebenso verwendet werden, ist aber zu weit entlegen, besser eignet sich schon das Subkutangewebe. Die nach Operationen oder auch stumpfen Traumen auftretende aseptische Thrombosenbildung glaubt der Verfasser auf die gleiche Ursache zurückführen zu müssen: sie wird nach ihm ausgelöst durch Resorption von bei diesen Anlässen zerstörtem Körpergewebe, wobei er jedoch das mechanische Moment, wie auch andere Autoren, also lokale Venenveränderungen und Zirkulationsstörungen infolge Erkrankung des Herzens an erste Stelle setzt.

Adler (Berlin-Pankow).

Dr. **P. W. Siegel**, Assistent der Universitäts-Frauenklinik in Freiburg i. Br.: **Ergebnisse bei weiteren 600 paravertebralen Anästhesien.** (Medizin. Klinik, 1916, No. 2.)

Die paravertebrale Anästhesie besteht in einer Anästhesierung der Intercostal- respektive Lumbal- und Sakralnerven direkt nach ihrem Austritt aus den Foramina intervertebralia respektive aus den Sakrallöchern. Sie blockiert also die Nerven außerhalb des Rückenmarkkanals und schaltet damit jede Gefährdung aus, die bei jeder interkanalären Injektion, sei es bei der Lumbalanästhesie, sei es bei der epiduralen oder sakralen Anästhesie, im Wesen der Lokalisation der Injektion liegt. Seit seiner letzten Veröffentlichung im Jahre 1914 über 170 Fälle hat Verf. in weiteren 600 Fällen von paravertebraler Anästhesie die ihm zur Verfügung stehenden Operationen ohne jeden Unterschied ausgeführt, so daß er nun über 770 paravertebrale Anästhesien verfügt. Die 600 Anästhesien verteilen sich auf 459 chirurgisch-gynäkologische, 103 geburtshilfliche Operationen und auch 38 Narkosenuntersuchungen. Sie umfassen, was die gynäkologischen Operationen angeht, alle zurzeit gangbaren gynäkologischen Operationen, besonders 251 Laparotomien. Von den 770 paravertebralen Anästhesien konnten 682 = 88,6 Proz. ohne jede Inhalationszugabe ausgeführt werden. Die Vorteile der Anästhesie beruhen einerseits in den guten Resultaten und in der langen Dauer, die bis zu zwei und drei Stunden gut anhielt, andererseits aber auch darin, daß Verf. bisher keinerlei Kontraindikationen gefunden hat. Es sind ausnahmslos Patientinnen vom 17. Lebensjahre bis zum höchsten Lebensalter; von schwächlicher, robuster und adipöser Natur, Frauen mit Lungen-, Herz- und Nierenkomplikationen und vor allen Dingen mit Wirbelsäuledeformitäten in der paravertebralen Anästhesie komplikationslos operiert worden. Günstig sind auch die geringen Neben- und Nacherscheinungen. Neben diesen Vorteilen ist Verf. bis heute nur ein Nachteil bekannt. Die Ausführung der Anästhesie bedarf nämlich je nach der Größe des zu anästhesierenden Gebietes eine Zeitdauer von 10 bis 25 Minuten. Dagegen ist die Technik nicht schwer. Kr.

A. W. Meyer: Ueber die sog. „Totalanästhesie" nach intravenöser Injektion von Lokalanästheticis. (Arch. f. klin. Chir., Bd. 105, H. 1.)

Bei intravenöser, ebenso subkutaner, intramuskulärer und retroperitonealer Injektion von Lokalanästheticis, z. B. Kokain, tritt nach den Versuchen des Verfassers im Gegensatz zu den Resultaten von Meltzer, Kast und Ritter keine vom Gehirn ausgehende Totalanästhesie, sondern vielmehr nur eine Anästhesie der peripheren Nervenendigungen, vielleicht auch der feinsten Nervenstämmchen ein, indem das Anästheticum mit dem Blute an die peripheren Nervenendigungen resp. die feinsten Nervenstämmchen gelangt, die ja mehr mit dem Blute in Berührung kommen als die großen Nervenstämme, während die letzteren auch nach den genannten Injektionen vollkommen schmerzempfindlich bleiben.

Adler (Berlin-Pankow).

L. Tell, Hilfsarzt eines Reservelazaretts in Eisleben: **Kasuistischer Beitrag zu Artilleriegeschoßverletzungen des Beines.** (Berl. klin. Wochenschr., 1916, No. 2.)

Ein Reservist wurde bei Warschau durch einen Schrapnellzünder am linken Oberschenkel oberhalb des Knies verwundet. Im Feldlazarett wurde er mit einem Gipsverband versehen und dann 8 Tage später dem Reservelazarett Eisleben eingeliefert. Bei der Abnahme des Gipsverbandes zeigte sich an der Außenseite des linken Oberschenkels, 8 cm über dem Kniegelenk, eine 11:12 cm im Durchmesser betragende, stark zerrissene, eitrig belegte Wunde. In der Umgebung bestand eine starke Schwellung. Durch operativen Eingriff wurde in Aether-Narkose an der Hinterseite des linken Oberschenkels, in gleicher Höhe mit der Einschußwunde, ein Schrapnellzünder von 520 g entfernt. Der Oberschenkelknochen war zerschmettert, die großen Gefäße und Nervenstämme jedoch nicht verletzt. Kreislaufstörungen stärkeren Grades bestanden am Unterschenkel nicht. Das Bein wurde zunächst auf eine Volkmannsche Schiene gelagert, 3 Tage später wurde dann ein Heftpflasterstreckverband mit mäßiger Gewichtsextension angelegt. Auffallend war die Sekretion aus der Einschußwunde, welche hauptsächlich seröser Natur und außerordentlich stark war, so daß häufig mehrmals täglich frische Zellstofflagen aufgelegt werden mußten, die rasch durchtränkt waren. Irgendwelche Anzeichen von Hämophilie bestanden nicht. Die Temperatur bewegte sich im allgemeinen in normalen Grenzen, nur 3 Tage nach der Einlieferung stieg sie abends auf 38.5 Grad, um am folgenden Abend wieder abzufallen. Trotz kräftigster Ernährung erfolgte unter rapidem allgemeinen Kräfteverfall, ohne Anzeichen einer anderen Erkrankung und ohne irgendwelche Reaktion von seiten der Wunde, trotz reichlicher Kampfer- und Digalengaben 13 Tage nach der Einlieferung der Tod.

Dr. **Ludwig Eckstein**, Bataillonschefarzt des Infanterieregiments No. 6: **Zur Aetiologie der Ortsveränderung der Projektile bei Steckschüssen.** (Der Militärarzt, 1916, No. 7.)

Unter dem obigen Titel brachte „Der Militärarzt" in No. 23 von 1915 einen interessanten Fall, wo ein Infanteriegeschoß der Zunge nicht, wie gewöhnlich, gesunken ist, sondern in einer der Schwere entgegengesetzten Richtung an die Oberfläche der Zungenwunde gestiegen ist. Mit einem ähnlichen Fall hatte auch Verf. zu tun. Ein Infanterist erlitt in Galizien durch Schrapnell eine Schußverletzung der rechten Gesichtshälfte. Einschußwunde 5 cm hinter dem rechten Mundwinkel, mit ihm in einer Höhe. Die Wunde verheilte in 4 Wochen. Er hatte aber während der Heilung in der linken Gesichtshälfte öfter Schmerzen, die manchmal in das linke Ohr ausstrahlten, ein anderes Mal wieder traten sie besonders beim Essen auf. Sein Spitalsarzt beruhigte ihn, daß er das Geschoß nach der Verletzung gewiß ausgespuckt habe, daher kein Projektil mehr in

seinem Körper sei und die Schmerzen verschwinden würden. Dies geschah auch nach 2 Wochen, hierauf fühlte er sich ganz wohl. Mit Röntgen wurde er niemals untersucht. Nach 5 Monaten meldete er sich beim Verf. mit der Klage, daß er an der linken Gesichtshälfte eine Wunde und in deren Umgebung heftige Schmerzen habe. Als Verf. die Wunde, die vom linken äußeren Gehörgang zirka 4 cm entfernt war, ein wenig auseinanderzog, bemerkte er darin einen grauen Gegenstand, den er mit einer Pinzette leicht extrahieren konnte. Der graue Gegenstand ist eine deformierte Schrapnellfüllkugel, welche 5 Monate lang in der linken Gesichtshälfte verblieben war. Der Pat. war vollkommen fieberfrei. Nach der Extraktion des Geschosses sah Verf. die Innenseite der linken Gesichtshälfte an und fand an ihr 1½ cm tiefer als die Wunde eine etwa erbsengroße weiße Narbe als Beweis, daß hier eine Wunde gewesen war, wo das Projektil in die linke Gesichtshälfte eindrang. Hier wanderte es zwischen den Fasern des Masseter — der Ort der Narbe befindet sich im Verlauf des Masseter — während des Kauens infolge der Muskelkontraktion in eine der Schwere entgegengesetzten Richtung langsam hinauf und gegen die Oberfläche zu, bis endlich die Haut des Gesichts durchbrochen wurde. Kr.

H. v. Haberer: Meine Erfahrungen mit 183 Magenresektionen. (Arch. f. klin. Chir., Bd. 106, H. 3.)

Das gesamte Magenmaterial des Verfs. umfaßt 385 selbstoperierte Fälle und zwar 183 Resektionen (60 bei Karzinom, 123 bei Ulcus), 6 partielle Resektionen, 37 unilaterale Pylorusausschaltungen und 159 Gastroenterostomien (53 bei Karzinom, 106 bei Ulcus), über welche in vorliegender umfassender Arbeit eingehend berichtet wird. Nach den sehr großen Erfahrungen des Verfs. ist beim Karzinom die weitgehendste Indikationsbreite für die Resektionen am Platze, weil wir selbst in inoperabel erscheinenden Fällen zuweilen noch Dauerheilungen zu erzielen imstande sind. Als Kontraindikation gelten nur nachweisbare Organmetastasen, multiple Peritonealmetastasen und das den ganzen Magen infiltrierende Karzinom. Größe, Verwachsungen des Karzinoms, lokale Drüsenmetastasen, selbst Drüsen im Pankreas geben, so lange sie noch entfernbar sind, keine Kontraindikation gegen die Resektion ab. Bei Beurteilung der Dauerresultate ist große Skepsis am Platze, da auch nach 4 Jahren noch Rezidive bezw. Metastasen eintreten können. Wir erzielen in einem kleinen Prozentsatz der Fälle Dauerheilung, in allen Fällen, auch wenn sie rezidivieren, eine mit der Leistung der Gastroenterostomie gar nicht zu vergleichende Lebensverlängerung bis zu drei Jahren und darüber. Bei Karzinom ist die Methode nach Billroth II die rationellste, weil im Falle des Rezidivs noch immer für einige Zeit ein Zustand resultiert, der dem nach der Gastroenterostomie beim inoperablen Karzinom gleichzusetzen ist und weil diese Methode von vornherein ein viel radikaleres Vorgehen gestattet, als die Methode Billroth I. Beim Ulcus ventriculi, welcher anatomischen Form es auch angehören mag, ist die Resektion ebenfalls die Methode der Wahl. Sie leistet in Form der queren Magenresektion und in Form der Methode Billroth II Ausgezeichnetes. Sie ist in ihrer Leistungsfähigkeit der Gastroenterostomie weit überlegen. Namentlich bei den pylorusfernen Geschwüren muß reseziert werden, weil diese durch die Gastroenterostomie in einem sehr großen Prozentsatz der Fälle gar nicht oder ungenügend beeinflußt werden. Aber auch alle anderen Ulcusformen sind nach Möglichkeit zu resezieren, weil wir nur dadurch mit Sicherheit für Ulcera gehaltene Karzinome entfernen. Die Ulcusresektion kann auf den obersten Duodenalabschnitt ruhig ausgedehnt werden, tiefer im Duodemum sitzende Geschwüre werden am besten mit der unilateralen Ausschaltung nach v. Eiselsberg behandelt. Mit der Technik von Hofmeister und Polya können selbst ganz kardial sitzende Ulcera noch ganz gut entfernt werden. Die Fernresultate der Ulcusresektion sind sehr befriedigend und können noch wesentlich verbessert werden, wenn wir dem relativ häufigen Vorkommen multipler Geschwüre größere Aufmerksamkeit schenken und sie bei der Resektion nicht zurücklassen. Zunächst eignet sich für das Auffinden multipler Ulcera am meisten die systematische Palpation des Magens unter genauer Berücksichtigung des Verhaltens der Drüsen an den beiden Magenkurvaturen. Ein bei der Resektion übersehenes zweites Ulcus kann leicht ein echtes Rezidiv vortäuschen, so daß bei entsprechender Berücksichtigung dieser Tatsache die Zahl der sogenannten Rezidive wesentlich zusammenschmelzen dürfte. Das Ulcus pepticum jejuni postoperativum, welches nach jeder Form der Gastroenterostomie vorkommen kann, scheint nach der Resektion, mag sie auch mit Gastroenterostomie kombiniert sein, wesentlich seltener vorzukommen. Verf. sah dasselbe nie nach Resektionen, dagegen 6 mal nach Gastroenterostomie. Das Ulcus pepticum jejuni ist radikal zu resezieren. Die Resultate sind dabei gut und allen anderen Behandlungsmethoden überlegen. Komplizierende Cholelithiasis oder Appendizitis sind nach allgemein-chirurgischen Regeln gleichzeitig zu behandeln. Während die Resektion des Karzinoms einschließlich der Magen-Kolonresektionen über 26 Proz. Mortalität aufweist, braucht die operative Mortalität nach Resektionen des Ulcus, selbst bei breitester Indikationsstellung 9 Proz. kaum zu erreichen und ist sicher noch wesentlich verbesserungsfähig.

Adler (Berlin-Pankow).

Heidenhain (Worms): **Versorgung der Gefäße bei Nephrektomie.** (Zeitschr. f. Chirurgie, 1916, No. 2.)

Verf. empfiehlt die intrakapsuläre, schrittweise Abklemmung der Nierengefäße. Einige Millimeter werden immer nur spitz zwischen die Klemmen gefaßt, und sorgfältigst wird darauf geachtet, daß keine Lücken bleiben. Wenn das Nierenbecken bei entzündlichen Affektionen fest mit der Umgebung verwachsen ist, dann beginnt man die Auslösung des Stieles rechts von unten her. Große Bauchwandschnitte erleichtern den Eingriff. S.

A. v. Eiselsberg: Ueber Radium- und Röntgenbehandlung maligner Tumoren. (Arch. f. klin. Chir., Bd. 106, H. 1.)

Auf Grund des überaus reichhaltigen, in der Wiener Universitätsklinik exakt beobachteten Materials faßt v. E. seine Erfahrungen über die Radium- und Röntgenbehandlung maligner Tumoren dahin zusammen, daß die Wirkung von Radium und Röntgen, insbesondere aber von Radium immer bloß eine rein lokale, auf die Stelle gerichtete ist, wo das Radium eingelegt wurde, dieses aber, im Gegensatz zum Röntgenlicht, bei tiefer gelegenen Tumoren nicht zu verwenden ist; daß gelegentlich bei Zungen-, Oesophagus- und Rektumkarzinomen beide Strahlenarten miteinander kombiniert werden müssen und vom Tumor zunächst durch Operation so viel wie möglich weggenommen werden soll, bevor die Nachbehandlung mit Bestrahlung einsetzt. Nach den bis jetzt vorliegenden Erfolgen erscheint es jedenfalls dringend indiziert, operable Karzinome durch Operation zu entfernen. Es ist durchaus verfehlt, dem Kranken die Wahl zwischen Operation und Strahlenbehandlung zu überlassen. Sicher und unbestritten ist es, daß die Operation des Karzinoms Dauererfolge zu erzielen vermag. Bei der Bestrahlungsbehandlung ist dies vorläufig noch nicht erwiesen, obwohl die unmittelbaren Resultate der Bestrahlung, insbesondere der Röntgenbestrahlung, so auffällig sind, daß sie zu guten Hoffnungen berechtigen.

Adler (Berlin-Pankow).

Dr. **Eduard Melchior**, Assistent der Breslauer chir. Klinik: **Ruptur der gemeinsamen Fingerstrecksehne im Gefolge von gonorrhoischer Tendovaginitis.** (Berliner klinische Wochenschr., 1916, No. 6.)

M. berichtet über einen Fall von gonorrhoischer Sehnenscheidenphlegmone des Dorsum manus bei einer 47 Jahre alten Frau. Hier war ohne nachweisbares Trauma und auch ohne daß es durch Nekrose zu einem partiellen Defekt der Sehnensubstanz gekommen war, eine Kontinuitätstrennung der Strecksehnen des zweiten bis fünften Fingers der linken Hand eingetreten. Damit ist der Tatbestand der pathologischen Ruptur gegeben. Eine hämatogene Beteiligung der dorsalen Sehnenscheiden der Hand im Verlaufe des Trippers ist als solche im Rahmen der gonorrhoischen Metastasen überhaupt relativ häufig. Die Strecksehnen der Hand konkurrieren hier mit denen des Fußes. Seltener isoliert auftretend bilden diese Sehnenscheidenentzündungen meist eine Teilerscheinung der Erkrankung der benachbarten Gelenke. Klinisch äußert sich die Parallelität mit den gonorrhoischen Arthritiden auch darin, daß die Sehnenscheidenergüsse — wie bei jenen — meist seröser Art sind, eventl. seropurulent; Fälle, wie der vorliegende, wo der Verlauf einen phlegmonösen Charakter trug, mit nachfolgender Abszedierung, gehören zu den Ausnahmen. Eine besondere Virulenz ist jedoch diesen Eiterungen nicht eigen; frühzeitig kommt es zur Lokalisation mit Durchbruch der torpiden Abszesse in das subkutane Gewebe und von hier eventl. nach außen. Bekommt man die Fälle erst in diesem Stadium zu sehen, dann kann ohne genaue operative Freilegung leicht der ursprüngliche Ausgang verkannt und die Diagnose auf primäre metastatische Gonokokkenphlegmone des subkutanen Zellgewebes gestellt werden.

Dr. **Wilhelm Karo** (Berlin): **Weitere Erfahrungen über Organotherapie bei Erkrankungen der Sexualorgane, speziell bei Prostatismus.** (Die Therapie der Gegenwart, April 1916.)

Verf. betont im Gegensatz zu Lichtenstern nachdrücklichst, daß ihn eine langjährige Erfahrung in seiner bereits vor vier Jahren ausgesprochenen Ansicht, daß wir in der Organotherapie, speziell in dem Testikulin, ein Specificum gegen das Symptomenbild des Prostatismus besitzen, immer mehr bestärkt. Bei richtiger Auswahl der Fälle hat Verf. trotz

großen Materials bisher nie einen Mißerfolg mit den Testikulininjektionen beobachtet. Alle seine Fälle von Prostatismus sind im Laufe mehrerer Monate lediglich durch Testikulineinspritzungen klinisch symptomfrei geworden. Viele dieser Kranken stellen sich nach Beendigung der Kur in regelmäßigen, größeren Abständen zu erneuter kurzer Behandlung wieder vor. Die Kranken kommen um so bereitwilliger zu erneuter Behandlung, als sie alle unter der Einwirkung von Testikulin, abgesehen von der Heilung ihrer lokalen Beschwerden, eine auffallende Besserung und Kräftigung des Allgemeinbefindens, sowie namentlich eine deutliche Steigerung der Potenz konstatieren.

Dr. **Iwan Bloch** (Berlin): **Weitere Mitteilungen zur Behandlung der sexuellen Insuffizienz mit Testogan und Thelygan.** (Medizin. Klinik, 1916, No. 3.)

Die ätiologische Behandlung der sexuellen Insuffizienz ist gleichbedeutend mit einer direkten therapeutischen Beeinflussung der inneren Sekretion der Keimdrüsen und ihrer Zurückführung zur Norm. Nur so kann das Endziel jeder Behandlung der sexuellen Insuffizienz erreicht werden: die dauernde normale chemische Erotisierung des Gehirns durch die Sexualhormone. Einzig und allein die Organtherapie hat diese direkte primäre Wirkung aufs Gehirn und damit auch auf die Psyche, während alle übrigen sogenannten „Aphrodisiaca“ in dieser Hinsicht nur sekundäre Wirkung haben. Hiervon macht auch das Yohimbin keine Ausnahme. Seine Wirkung betrifft hauptsächlich die niederen Sexualzentren, insbesondere das Erektionszentrum, ist aber wenig nachhaltig und kann demnach die langsamer eintretende Dauerwirkung der Opotherapie wohl unterstützen und beschleunigen, aber nicht ersetzen, da sie eben in vielen Fällen die der sexuellen Insuffizienz zugrunde liegenden endokrinen Störungen nicht beseitigen kann. Dieser Mangel an Dauerwirkung des Yohimbins legt den Gedanken nahe, dieses Mittel mit spezifischen opotherapeutischen Substanzen der innersekretorischen und generativen Organe der Keimdrüsen zu kombinieren, und so zu der prompten, aber vorübergehenden sekundären Beeinflussung des männlichen Erektionszentrums bezw. der Gefäßnerven der weiblichen Genitalien die langsame, aber dauernde primäre Erotisierung des Gehirns hinzuzufügen. Aus diesen Erwägungen hatte Verf. die chemische Fabrik Dr. Georg Henning in Berlin veranlaßt, derartig rationell zusammengesetzte Präparate unter dem Namen Testogan und Thelygan herzustellen. Die Hoffnungen und Voraussetzungen, die Verf. an die Wirksamkeit dieser kausalen Therapie der sexuellen Insuffizienz knüpfte, sind nach seinen ersten bereits sehr günstigen achtmonatlichen Erfahrungen auch in dem gleichen, seitdem verflossenen Zeitraum noch in erweitertem Umfange erfüllt worden.

Kr.

Dr. **Koenig** (Deutsches Krankenhaus in Beirut): **Heilung von 3 Fällen von Keratitis parenchymatosa durch Salvarsan resp. Neosalvarsan.** (Münch. med. Wochenschr., 1915, No. 32.)

Bei der parenchymatösen Hornhautentzündung auf Grund von hereditärer Lues erweist sich oft die Salvarsanbehandlung als wirkungslos. Verfasser teilt demgegenüber 3 Fälle mit, in denen er bei Keratitis parenchymatosa e Lue hereditaria nach Salvarsaninjektionen Heilungen eintreten sah. In den 3 Fällen handelte es sich um Kinder von 6, 8 und 10 Jahren. Die Injektionen von Salvarsan (jedesmal 0,2) und Neosalvarsan (einmal 0,45) werden in die Glutäen gemacht. Daneben wurden subconjunctivale Einspritzungen von 3 proz. Dioninlösung gemacht, teilweise auch Jod mit Quecksilber innerlich verabreicht. Auch auf das Allgemeinbefinden wirkten die Salvarsaninjektionen sehr günstig ein.

R. L.

II. Tagesgeschichte.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Königsberg i. Pr. Der Privatdozent der Zoologie und vergleichenden Anatomie Prof. Dr. med. et phil. Max Lühe, der von Hause aus Arzt war und als Feldarzt am Kriege teilnahm, ist im Alter von 46 Jahren gestorben. Er war seit 1897 Privatdozent und hat vorwiegend auf dem Gebiete der tierischen Parasiten und der ostpreußischen Fauna gearbeitet.

Heidelberg. Dem Privatdozenten für Anthropologie in der medizinischen Fakultät und Kustos der anthropologischen Sammlung am anatomischen Institut Dr. med. Theod. Mollison ist der Titel außerordentlicher Professor verliehen worden.

München. Dr. Ranke hat sich für innere Medizin habilitiert.

Straßburg i. E. Im 65. Lebensjahre starb der Ordinarius für pathologische Anatomie, Hofrat Prof. Dr. Hans Chiari. Nachstehend die Hauptdaten seiner akademischen Laufbahn. In Wien 1851 als Sohn des früh verstorbenen Professors der Geburtshilfe an der Josefs-Akademie Johann Baptist Chiari geboren, studierte er in seiner Vaterstadt und war von 1874—79 Assistent am pathologischen Institut der Wiener Universität unter Rokitonsky und Heschl. Nachdem er sich 1878 für pathologische Anatomie habilitiert hatte, wurde er 1879 Prosektor am Rudolf-Spitale in Wien und ging 1882 als Extraordinarius nach Prag, wo er 1883 zum Ordinarius ernannt wurde. Seit 1906 wirkte er in gleicher Eigenschaft in Straßburg als Nachfolger v. Recklinghausens. Außer zahlreichen Veröffentlichungen pathologischen, histologischen und bakteriologischen Inhalts hat er ein Handbuch der pathologisch-anatomischen Sektions-Technik und eine Geschichte der pathologischen Anatomie geschrieben. Von 1884—1906 war er Redakteur der Zeitschrift für Heilkunde.

Prag. Dem Privatdozenten der inneren Medizin Dr. Wenzel Libensky und dem Privatdozenten der Augenheilkunde Dr. Ottokar Lesser wurde der Titel „außerordentlicher Universitätsprofessor“ verliehen.

Kongreß- und Vereinsnachrichten.

Berlin. Zur Begründung einer **deutschen Gesellschaft für soziale Hygiene** hat Sanitätsrat Dr. Hanauer in Frankfurt a. M. einen Ausschuß gebildet. Die Gesellschaft soll u. a. besonders betreiben: Jugendfürsorge, Frauen- u. Mutterschutz, Volksseuchenbekämpfung, populäre Aufklärung über Hygiene.

Verschiedenes.

Berlin. Zu der wichtigen Frage der **Ersatzglieder für die Kriegsbeschädigten** hat jetzt auch die dazu berufene Gesellschaft für Chirurgie-Mechanik in Berlin Stellung genommen. Diese Gesellschaft zählt innerhalb des Deutschen Reiches die bedeutendsten Vertreter des technisch-orthopädischen Berufs, wie Chirurgie-Mechaniker, Orthopädie-Mechaniker, Bandagisten u. a. m. zu ihren Mitgliedern. Auf der am 27. April im Kaiserin-Friedrich-Haus zu Berlin stattgehabten Haupt-Versammlung dieser Gesellschaft wurde der Beschluß einstimmig genehmigt, 10 000 M. als **Preise** für neue und beste Konstruktionen von **künstlichen Beinen** auszusetzen.

Ende des redaktionellen Teils.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: San.-Rat Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil S. Caspari, Berlin-Schöneberg
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW. 68, Alexandrinenstraße 110.

85. Jahrgang Berlin, 27. Mai 1916 No. 22

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen,
Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Steinplatz 105 56

85. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Rhinovalin, ein neues Schnupfenmittel.

Von

Dr. **Striepecke** (Berlin).

Es gibt zweifellos gefährlichere Feinde des Menschengeschlechts unter dem zahlreichen Heer der Krankheiten, von dem wir bedroht sind, als die Coryza oder Rhinitis, aber unter der Zahl derjenigen, deren Gefährlichkeit wir als nicht sehr hoch zu bewerten pflegen, gibt es wohl nur wenige, die in so ausgesprochenem Maße den Charakter eines hartnäckigen Plagegeistes tragen, wie der Schnupfen. Dabei werden die Gefahren der Rhinitis in ihren verschiedenen Formen bekanntlich vom Publikum hartnäckig unterschätzt, obwohl die Zahl der sich aus einer vernachlässigten Rhinitis oft genug ergebenden bedrohlichen Komplikationen eine bedenklich große ist, zumal wenn auch die Seitenhöhlen der Nase vom Katarrh ergriffen werden und hier Sekretanhäufungen stattfinden. Ich weise hier nur hin auf die qualvollen Leiden der Kranken beim Katarrh der Stirnhöhlen, beim Ergriffenwerden der Siebbein-Keilbeinhöhlen und des Antrum Highmori. Wie oft entsteht im Anschluß an einen Schnupfen eine Conjunctivitis, eine Ohrerkrankung (Tuben, Mittelohr) mit Schwerhörigkeit im Gefolge, eine Angina, eine Pharyngitis, eine Laryngitis. Wie schwer machen sich vielfach die Reflexneurosen, welche von der erkrankten Nasenschleimhaut ausgehen können, geltend. Es kann heutzutage keinem Zweifel mehr unterliegen, daß Migräneanfälle, Schwindelzustände, gewisse Arten des Kopfschmerzes und vor allem auch manche Formen des Bronchialasthmas mit Erkrankungen der Nase zusammenhängen.

Groß ist die Zahl der Kampfmittel, welche die Wissenschaft aufgeboten hat, um allen diesen Bedrohungen entgegenzutreten, aber leider noch recht ungenügend ist der Erfolg derselben. So ist denn jede neue Waffe in diesem Kampfe mit Freuden zu begrüßen, wenn sie uns die Hoffnung gibt, der Plage Herr zu werden.

Die Vereinigten Chininfabriken Zimmer & Co. in Frankfurt a. M. haben nun neuerdings unter dem Namen „Rhinovalin" dem Praktiker ein neues Schnupfenheilmittel dargeboten, welches eine Lücke in unserem therapeutischen Arsenal ausfüllen soll. Das Rhinovalin stellt eine Lösung des Validol, der bekannten Menthol-Baldriansäureverbindung, in gereinigtem Paraffinöl dar, und zwar in dem Verhältnis von 10 Tropfen Validol in 10,0 g Ol. Paraffini. Es ist das große Verdienst der Herren Prof. Dr. Otto Seifert und Dr. Como von der Kgl. Universitäts-Poliklinik für Nasen- und Kehlkopfkranke in Würzburg, durch vielfache genaue Untersuchungen und Proben diese Konzentration als die zweckmäßigste und wirksamste für nahezu alle Krankheitsformen, welche in das Gebiet der Rhinitis gehören, festgestellt zu haben, nachdem andere Dosierungen, bei denen das Validol in schwächeren bezw. stärkeren Quanten auftrat, mancherlei Mängel aufgewiesen haben. Dieses Präparat, eine Lösung von 10 Tropfen Validol in 10,0 g Ol. Paraffini, welches nunmehr allein unter dem Namen „Rhinovalin" in den Handel gebracht wird, hat mir die Firma Zimmer & Co. freundlichst zur Verfügung gestellt, um Erfahrungen sammeln zu können, in welcher Weise sich das neue Heilmittel in der Allgemeinpraxis zu bewähren vermöchte. Ich habe mich dieser Aufgabe mit besonderem Interesse unterzogen, zumal jetzt die Jahreszeit diesen Versuchen außerordentlich günstig war.

Meine Kasuistik ist zwar keine sehr umfangreiche, sie umfaßt aber immerhin neun Fälle, und zwar nur aus der Privatpraxis. Sie hat jedenfalls den Beweis miterbracht, daß wir an das neue Mittel mit den schönsten Hoffnungen herantreten können. Ich schicke noch voraus, daß ich mich bei der Applikation vollkommen an die Form gehalten habe, welche durch die Forschungen der Würzburger Poliklinik als die vorteilhafteste erkannt worden war. Dieselbe ist die nachfolgende: Ein Augentropfglas wird bis zur Hälfte, also ungefähr 1 ccm, mit der Lösung gefüllt; diese Quantität läßt man dem Patienten bei leicht zurückgeneigtem Kopfe in die beiden Nasenhöhlen einlaufen, so daß jede Hälfte ungefähr die halbe Flüssigkeitsmenge empfängt. Sobald der Patient das Hinunterfließen in den Nasenrachen- bezw. Mundrachenraum verspürt, hat er den Kopf leicht nach vorn überzubeugen und mit etwas Watte (oder einem Taschentuch) die Nase etwa eine Minute lang zuzuhalten, damit die gesamte Nasenhöhlenschleimhaut möglichst mit der Lösung bespült wird. Die Watte nimmt dann, nach Freigabe der Naseneingänge, ohne weiteres die überfließende Flüssigkeit auf und schützt so den Mund vor derem Eindringen. Man kann den Patienten auch ruhig die Prozedur selbst vornehmen lassen, man wird sehen, daß auch der scheinbar Ungeschickte ganz leicht mit dieser einfachen Applikationsmethode zustande kommen wird.

Ich lasse nunmehr meine Kasuistik folgen:

Fall 1. R. K. Rhinitis acuta. Sehr starke Anschwellung der Schleimhaut, abundante Sekretion, eitrig, Kopfschmerzen, Benommenheit. Behandlung 2 mal täglich mit Rhinovalin. Nach wenigen Tagen wesentliche Besserung; Heilung nach 11 Tagen.

Fall 2. Patientin E. L. Rhin. acuta. Mäßig starke Schleimhautschwellung, andauerndes Kitzelgefühl in der Nase,

sehr zahlreiche Niesanfälle, Eingenommensein des Kopfes. Behandlung 2 mal täglich, Heilung nach 9 Tagen.

Fall 3. Patientin A. K. Rhin. acuta. Nasengänge fast verstopft, Mundatmung, unangenehmes Gefühl im Halse, direktes Schmerzgefühl in der Nase. Zweimalige Behandlung pro die 13 Tage hindurch, schnelle Besserung und Heilung.

Fall 4. Patient C. M. Rhin. acuta. Starke Schleimhautschwellung, sehr reichliche Sekretion, starke Kopfschmerzen, Ekzem auf der Haut der Oberlippe. Behandlung 2 mal täglich. Behandlung des Ekzems mit 10 proz. Wismutsalbe. Heilung nach 12 Tagen.

Fall 5. Patient M. S. Rhin. acuta. Mäßige Schleimhautschwellung, andauernder Niesreiz, Tränenfluß, Reizzustand der Haut der Oberlippe. Behandlung wie zuvor. Patient empfindet die Behandlung zunächst als schmerzerregend; dies Gefühl ist bereits am zweiten Tage verschwunden. Heilungsdauer 14 Tage.

Fall 6. Patientin M. W. Rhin. acuta. Starke Schleimhautschwellung rechts, links ganz unbedeutend, lebhaftes Brennen rechts, hier auch blutige Sekretion, Kopfschmerz. Behandlung rechts 2 mal täglich, links 1 mal täglich. Nach 2 Tagen Verschwinden der blutigen Sekretion, nach 5 Tagen wesentliche Besserung, Kopfschmerzen geschwunden, Patientin erscheint nach dem 8. Tage nicht wieder, betrachtet sich jedenfalls als geheilt.

Fall 7. Patientin E. B. Rhin. acuta. Mäßige Schleimhautanschwellung, häufiges Nasenbluten nach Schnauben der Nase, große Benommenheit, keine Niesanfälle. Behandlung zunächst 3 mal täglich, dann 2 mal, außerdem Ruhelage angeordnet und kalte Stirnkompressen. Rasche Besserung binnen 5 Tagen. Heilung nach 14 Tagen.

Fall 8. Patient R. C. Rhinitis sicca. Behandlung mit Einträufelung wie zuvor. Außerdem nach jeder Rhinovalinbehandlung Bestreichung der Naseneingänge mit 10 proz. Wismutsalbe. Die subjektiven Beschwerden milderten sich auffallend schnell, speziell das lästige Trockenheitsgefühl der Nase und des Rachens verschwand fast völlig, auch das Sprechen wurde erleichtert.

Fall 9. Patientin L. V. Rhino-Pharyngitis sicca. Patientin klagt sehr über Trockenheit in Nase und Rachen, Gefühl ständigen Verstopftseins der Nase, klagt außerdem noch über schlechtes Gehör und Behinderung beim Sprechen. Behandlung wie zuvor, außerdem jeden zweiten Tag Rachenpinselung mit Sol. jodi Lugol. Auffallende Besserung, subjektives Befinden sehr günstig, Stimmung sehr erfreulich gebessert. Die vorher bestehende Depression total geschwunden. Behandlung dauert noch an.

Ist diese Kasuistik einstweilen auch noch eine bescheidene, das eine glaube ich an der Hand dieser Fälle, welche ausnahmslos wesentlich gebessert bezw. geheilt wurden, feststellen zu dürfen, daß wir im Rhinovalin eine außerordentlich wertvolle Bereicherung unseres Heilmittelschatzes erhalten haben. Ich bin direkt überrascht gewesen, in wie kurzer Zeit die lästigsten und quälendsten Symptome der akuten Rhinitis, Niesanfälle, überreiche Sekretion, Kopfschmerzen, Benommenheit, Augentränen, Kratzen im Halse, gemindert wurden und bald gänzlich schwanden. Und nicht minder erfreulich war das Resultat bei den Fällen von Rhinitis sicca und Rhino-Pharyngitis sicca. Wenn man bedenkt, wie schwer die Patienten bei diesen oft so langwierigen und darum auch die Psyche des Patienten so ungünstig beeinflussenden Erkrankungen zu leiden haben, so muß man sich in der Tat beglückwünschen, im Rhinovalin ein Mittel gefunden zu haben, welches ich ja, um nicht zu übertreiben, kein souveränes, aber doch ein unendlich wertvolles Hilfs- und Heilmittel nennen darf, da es durch die gründliche, schnelle Milderung aller subjektiven Beschwerden den Kranken psychisch wesentlich auffrischt und ihm, bei dem Gefühl fortschreitender Besserung, die Gewißheit definitiver Heilung gibt. Ich gedenke meine Versuche mit Rhinovalin noch längere Zeit fortzusetzen. Speziell bin ich gespannt darauf, in welcher Weise sich Rhinovalin bei dem Catarrhus aestivus, dem sog. Heufieber, bewähren wird. Ich habe in meiner Klientel drei Patienten, welche alljährlich von dieser quälenden Erkrankung heimgesucht werden. Ich werde in diesem Jahre das Rhinovalin bei ihnen zur Anwendung bringen, und hoffe, auch hierbei über gute Erfolge demnächst berichten zu können.

II. Referate.

Reg.-Arzt Dr. **Karl Rösler**, Epidemiespital in Troppau: **Die Autoserumtherapie bei Fleckfieber.** (Wiener klin. Wochenschrift, 1916, No. 12.)

Der Anregung Königfelds folgend hat Verf. in seinem Spitale seit längerer Zeit die Autoserumtherapie bei Typhuskranken in Anwendung gebracht. Die günstigen Erfolge, welche er bei dieser Behandlungsweise zu verzeichnen hatte, sowie der Mangel einer sicheren Fleckfiebertherapie hat Verf. veranlaßt, diese Methode auch bei dem letzteren zu versuchen, und sind die ihm zuletzt zugekommenen drei schweren Fleckfieberfälle auf diese Weise behandelt worden. Die überraschenden Erfolge bestimmen Verf., auf diese Methode aufmerksam zu machen, um an der Hand eines größeren Beobachtungsmaterials die Brauchbarkeit dieser Therapie prüfen zu können. Ohne auf den Chemismus dieser Reaktionen näher einzugehen, beschränkt Verf. sich nur darauf, die Ausführung der Methode, wie sie sich in seinem Spitale als praktisch erwiesen hat, sowie das konstatierte Resultat anzuführen, da die bereits angestellten Versuche bei anderen Infektionskrankheiten (Variola, Skarlatina usw.) einer späteren Publikation vorbehalten sind. Was die Methode anbelangt, so wurde derart vorgegangen, daß bei jedem der drei Patienten sofort nach ihrer Einlieferung auf der Fieberakme 80 bis 100 ccm Blut unter streng aseptischen Kautelen aus der gestauten Kubitalvene entnommen wurde. Nach Loslösung des Blutkuchens wurde das Serum abzentrifugiert und mit $^{1}/_{10}$ Volumen 5 prozent. Karbolsäurelösung versetzt, in steigenden Dosen mit 1 ccm anfangend, intravenös injiziert. Wie Verf. sich inzwischen bei der Behandlung anderer Infektionskrankheiten überzeugt hat, ist es jedoch günstiger, für die erste Injektion 2—3 ccm zu verwenden. Diese Injektionen werden sehr gut vertragen und wirken überraschend. Die Temperatur beginnt schon nach 2—3 Stunden zehntelweise zu sinken und konnte Verf. bei allen drei Fällen nach Injektion von 4 beziehungsweise 5 ccm vollkommene Entfieberung konstatieren, d. h. also nach der 4. oder 5. Injektion. Besonders günstig scheint der Einfluß auf die Herztätigkeit zu sein, denn diese bessert sich zusehends schon nach der ersten Injektion. Bei den Autoseruminjektionen konnte Verf. stets einen profusen Schweißausbruch, der 4 bis 6 Stunden nach der Injektion auftrat, konstatieren, sowie eine deutliche Besserung des subjektiven Befindens.

Dr. **Hugo Hecht** (Prag): **Venerische Infektion und Alkohol.** (Zeitschr. f. Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, Bd. XVI, Heft 11.)

Es steht nach Verfassers Untersuchungen fest, daß mindestens bei einem Viertel, höchst wahrscheinlich aber bei einem Drittel sämtlicher Geschlechtsinfektionen der Alkoholgenuß eine provozierende Rolle gespielt hat. Für Aerzte, die es als ihre hauptsächlichste Aufgabe betrachten, nicht so sehr Krankheiten zu heilen als vielmehr dieselben zu verhüten, ist das eine sehr bedeutsame Tatsache. Es steht ferner fest, daß mit zunehmender Nüchternheit die Zahl der Geschlechtskrankheiten in einem Stande (zum Beispiel im indischen Heere) gesunken ist. Was liegt nun näher, sagt Verf., als diesen Schluß zu verallgemeinern und zu behaupten: Eine wirkungsvolle Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten ohne gleichzeitige energische Bekämpfung des Alkohols als Genußmittel ist wirkungslos, deshalb wirkungslos, weil der Alkohol alle guten Ergebnisse jahrelanger Aufklärung in einer Stunde zu nichte macht. Damit soll natürlich nicht gesagt werden, daß bloß die Bekämpfung des Alkohols genügen würde, der unglaublichen Verbreitung der Geschlechtskrankheiten entgegenzuwirken. Alle die vielen Faktoren, durch welche bekanntlich das schreckliche Ueberhandnehmen der Geschlechtskrankheiten gefördert wird, wie Prostitution, Unwissenheit, Alkohol, soziale Verhältnisse usw., müssen in gleicher Weise bekämpft werden, wenn man dem Ziele der Volksgesundung näher kommen soll.

Dr. **Leo Forchheimer**, Spezialarzt für Hautkrankheiten (Würzburg): **Geruchs- und Geschmacksempfindungen nach intravenösen Injektionen von Salvarsan.** (Dermatol. Zentralbl., 1916, No. 6.)

Verf. hat die von Martha Kraupa-Runk beschriebenen „perversen Geruchs- und Geschmacksempfindungen nach Neosalvarsaninjektionen“ seit langem bei seinen intravenösen Salvarsaninjektionen beobachtet, und zwar sowohl bei Neosalvarsan als auch bei Salvarsan-Natrium. Auf Grund seiner Erfahrungen kann er der Ansicht von Martha Kraupa-Runk, die diese Empfindungen für „pervers“ oder für „Störungen von seiten des Geschmacks- und Geruchssinnes“ hält, nicht beitreten. Nach seiner Auffassung liegen die beobachteten Erscheinungen noch durchaus im Gebiete des Normalen. Bei jeder richtig ausgeführten intravenösen Injektion einer konzentrierten Lösung von Neosalvarsan oder Salvarsan-Natrium haben die Patienten spezifische Geruchs- und Ge-

schmacksempfindungen. Sie sind auf Bestandteile des Salvarsans zurückzuführen, die sich innerhalb 10—20 Sekunden nach Beginn der Injektion der Atemluft beimengen, wahrscheinlich auf Aether. Die Empfindungen treten nur auf, wenn die Injektionsnadel richtig in der Vene liegt. Man kann mit ihrer Hilfe deshalb die technisch einwandfreie Durchführung einer intravenösen Injektion kontrollieren.

Dr. **Jar. Stuchlik** (Kostelec, Böhmen): **Ueber Arsotonin.** (Pester medizin.-chir. Presse, 1916, No. 2.)

Verf. berichtet über seine günstigen Ergebnisse mit dem neuen Präparate „Arsotonin". Die günstigsten Resultate weist Arsotonin als appetitanregendes und allgemein stärkendes Mittel auf. Verf. konnte fast durchweg in kurzer Zeit eine Gewichtszunahme konstatieren, und subjektiv haben beinahe alle Patienten die vermehrte Eßlust sehr angenehm empfunden. Günstig scheint es auch auf das geschwächte Nervensystem zu wirken, soweit diese Schwächung eine Folge der Herabsetzung der Widerstandsfähigkeit des Organismus ist. In leichten Fällen kann man die Wirkung als dauernde bezeichnen; die veralteten und komplizierten Fälle bessern sich sichtlich, aber es empfiehlt sich, entweder eine längere Kur oder eine Wiederholung derselben nach einiger Zeit vorzunehmen. Die sehr schweren Fälle, bei welchen die Komplikation eigentlich die Hauptkrankheit ist, weisen eine untergeordnete Verbesserung auf. Alles Gesagte bezieht sich auf die einfache oder komplizierte Blutarmut. Von den Komplikationen sind die seitens des Nervensystems die harmlosesten. Die organischen Komplikationen, soweit sie nicht im Bereiche der Arsenindikation liegen, verschlechtern wesentlich die Prognose und können als Kontraindikation dienen. Praktisch ist die vollkommene Schmerzlosigkeit der Resorption des Präparates, das vollständige Intaktbleiben der Nieren hervorzuheben. Als Darreichungsmodus empfiehlt sich am Beginn und zum Schluß der Kur die Injektionen jeden zweiten Tag, im übrigen jeden Tag zu geben.

Dr. **Saake** (Schöningen): **Medikamentöse Rotfärbung alkalischen Urins.** (Die Therapie der Gegenwart, April 1916.)

Eine Dame konsultierte Verf., weil in letzter Zeit ihr Harn ständig Blut enthalte. Da die Intensität der roten Farbe des zugeschickten Urins mit der Zeit erheblich zunahm und das Zentrifugat außer spärlichen Leukozyten und der reichen Bakterienflora gestandener Urine keinerlei pathologische Elemente, insonderheit keine Erythrozyten enthielt, so vermutete Verf. eine Entwickelung von rotfärbenden Bakterien. Bevor er jedoch der Auffindung und Isolierung derselben näher trat, suchte er sich über die Natur des Farbstoffs zu orientieren und fand dabei als erstes Ergebnis ein Verschwinden der roten Farbe bei Säurezusatz. Jetzt wurde der Sachverhalt mit einem Schlage klar: Die Dame hatte auf Verfassers Verordnung hin Purgen genommen. Dadurch war Phenolphthalein in den Harn übergegangen und wirkte dort als Indikator der alkalischen Reaktion, die bei der Harnstoffzersetzung im Urin auftrat. Daher die Zunahme der roten Farbe bei längerem Stehen des Urins.

Dr. **G. Praetorius**, urol. Abteilungsarzt des Städt. Krankenhauses „Siloah" in Hannover-Linden: **Ueber „chronische Cystitis".** (Med. Klinik, 1916, No. 12.)

Jeder Urologe, sagt Verf., kann ein Lied davon singen, was für Unheil jahraus, jahrein durch die leichthin gestellte Diagnose „chronische Cystitis" angerichtet wird. Viel wichtiger als der ganz unwesentliche zeitliche Ablauf der Cystitis sind manche andere Umstände, insbesondere die Frage nach dem Zustande der Blase v o r Eintritt der Entzündung, die Frage nach dem Vorhandensein oder Fehlen von Komplikationen. Verf. teilt daher die Cystiten in einfache und komplizierte ein. A. Unter einfacher Cystitis wäre zu verstehen die isolierte Entzündung einer bis dahin anatomisch und physiologisch intakten Blase. Das praktische Charakteristicum dieser einfachen Cystitis ist hauptsächlich die schnelle Heilbarkeit nach Einleitung einer zweckmäßigen Lokalbehandlung; in sehr vielen Fällen genügen wenige Tage zur Heilung. Unkomplizierte Cystiten, die einer sachgemäßen Behandlung monateoder gar jahrelang trotzten, gibt es nicht. B. Komplizierte Cystitis. Wenn eine Cystitis trotz sachgemäßer Lokalbehandlung nicht spätestens im Laufe einiger Wochen ausheilt, so kann man sicher sein, daß eine besondere Komplikation vorliegt, die diese lange Dauer bedingt, und die unter allen Umständen eruiert werden muß. Diese Komplikationen können folgendermaßen rubriziert werden: I. Verletzungen, Tumoren und Fremdkörper der Blase (Steine). II. Retentionen, nämlich a) mechanische Abflußhindernisse (Prostatahypertrophie, Strikturen, angeborene oder erworbene Klappenbildung, Tumoren der Harnröhre usw.); b) nervöse Erkrankungen (Tabes, multiple Sklerose, Myelitis, Rückenmarkverletzungen, funktionelle Störungen usw.); c) Erkrankungen der Blasenmuskulatur (Sklerose des Sphincter internus, sogen. Prostataatrophie usw.); c) Divertikel (echte und falsche, Cystocele usw.). III. Fortgeleitete Entzündungen: a) per continuitatem: 1. Niere und Ureter (Tuberkulose, Pyelitis, Pyonephrose usw.), 2. Harnröhre, Prostata, Vas deferens (Gonorrhoe, Tuberkulose, Prostatitis verschiedener Aetiologie usw.), 3. Fisteln (Blasenscheiden-, Darm-, Bauchdeckenfisteln usw.); b) per contiguitatem (Oophoritis, Appendizitis, Douglasabszesse, sonstige Infiltrate, Abszesse und Tumoren in der Nähe der Blase).

Dr. **M. Schultze** (Posen), zurzeit Stabsarzt in einem Feldlazarett: **Beitrag zur operativen Behandlung der Blaseninkontinenz.** (Berl. klin. Wochenschr., 1916, No. 14.)

Ein 14 Jahre alter Bureaugehilfe litt seit seiner frühesten Kindheit an Harnträufeln. Die Ursache hierfür war in einer Innervationsstörung zu suchen, die durch eine aus einer Spina bifida sacralis hervortretende kleinapfelgroße gut überhäutete Myelomeningocele veranlaßt war. Verf. beseitigte den Zustand durch folgende operative Maßnahme: Er legte mit einem nach dem Anus zu offenen Bogenschnitt die Pars membranacea frei und machte einen Tunnel zwischen ihr und der Symphyse. Dann löste er jederseits hart am Knochen den zu einem fingerdicken starken Strang des M. gracilis gehörigen Sehnenansatz, trennte stumpf diesen Strang auf ungefähr 10 cm von der übrigen Muskelmasse und nähte die sehnigen Ansätze über der Urethra zusammen, während diese nach unten gezogen wurde. Ein aus der Nachbarschaft herbeigeholter Fettlappen wurde zwischen Harnröhre und Symphyse interponiert, um Verwachsungen an dieser Stelle zu verhüten. Die Wunde wurde geschlossen und heilte primär. Damit war ein Muskelbogen geschaffen, der auf dem tiefsten Teile des nach der Symphyse zu offenen Bogens ritt, den die Harnröhre in ihrem Beckenteile beschreibt, und der einerseits durch die Prostata bezw. das Diaphragma, andererseits mittels des festen Gefüges der Albuginea der Corpora cavernosa an dem Lig. suspens. penis festgelegt ist. Das Vorhandensein dieser festen Punkte ist besonders wichtig, weil ohne sie die Harnröhre einem Zuge nach unten in toto folgen könnte und es deshalb durch den Druck des Reiters nicht so sicher zu einer Kompression bezw. einer Abknickung der Harnröhre käme. Verf. ließ seinen Kranken 10 Tage mit angezogenen Knien im Bette liegen, darnach konnte er aufstehen. Es zeigte sich nun, daß das Harnträufeln aufhörte, wenn die Beine gestreckt gehalten wurden. Nach etwa einer Stunde setzte es aber wieder ein. Wurde nun der Kranke aufgefordert, in hockende Stellung zu gehen, dann entleerte er in geringem Strahl 30 ccm Harn. Es war damit bewiesen, daß der Tonus des gestreckten Muskels genügte, um die Blase bis zur damaligen Grenze ihrer Kapazität zu füllen. Durch aktive Kontraktion der Mm. graciles den Harn noch weiter zurückzuhalten, hatte der Kranke damals noch nicht gelernt. Es hatte sich ferner ergeben, daß durch Beugung der Knie und Oberschenkel und dadurch eintretende Annäherung der Insertionspunkte (Crista tibiae einerseits und Symphyse bezw. Pars membranacea urethrae andererseits) eine Entspannung der Muskeln und ein Nachlassen der Kompression der Urethra stattfand, welches dem in der Blase regelrecht angesammelten Urin den Austritt gestattete. Ein halbes Jahr später betrug die Kapazität 75 ccm. Kr.

W. Wrzesniowski: Die Ueberlappung der Bauchwand bei Operationen von Brüchen. (Arch. f. klin. Chir., Bd. 1, S. 106.)

Verf. hat das von M a y o angegebene Prinzip der Ueberlappung bei der Operation von postoperativen Bauchbrüchen in einer großen Anzahl von Fällen angewendet und auf Grund der günstigen Erfahrungen auch auf die Operation von anderen Brüchen, insbesondere Nabel- und Bauchbrüchen, übertragen. Das Prinzip besteht bekanntlich darin, daß nicht die Schnittränder der breit freigelegten Aponeurosen aneinandergenäht werden, sondern letztere übereinandergeklappt werden, so daß eine möglichst breite Berührung der Aponeurosenflächen stattfindet. Zu diesem Zwecke muß erst die Haut und das subkutane Fett in einer Ausdehnung von 4—8 cm abgelöst werden, so daß die Aponeurose breit freiliegt. Die Naht erfolgt möglichst in der Querrichtung des Körpers. Das Peritoneum wird nicht in besonderer Reihe genäht, sondern samt Aponeurose überlappt, so daß eine Peritonealfläche auf die gegenüberliegende Aponeurosenfläche zu liegen kommt. Die dem Peritoneum innewohnende Neigung zu rascher starker Verklebung trägt zur Festigung der Naht bei. Bei Leistenbrüchen hat ja bereits G i r a r d eine ähnliche Methode angegeben. Doch geht W. in der Lappenbildung erheblich weiter, indem er den oberen Aponeurose-Muskellappen bis zu 6 cm Höhe nach oben ablöst, den unteren darunter schiebt, am M. transvers. festnäht und dann den oberen Lappen herunterschlägt und am Lig. Poupartii befestigt. Der Samenstrang wird dabei nicht wie bei B a s s i n i s Methode verlagert, sondern bleibt unberührt. Als Nahtmaterial wird nur Silkworm empfohlen, da Katgut zu früh resorbiert wird und die Seiden-

nähte nachträglich zu Fistelbildung und Eiterungen Anlaß geben. Zahlreiche Photogramme illustrieren die interessante Methode, deren Resultate ausgezeichnet sind.

Adler (Berlin-Pankow).

Prof. Dr. **M. Borchardt** (Berlin): **Gummiersatz-Fingerlinge.** (Zentralbl. f. Chir., 1916, No. 15.)

Die Grundsubstanz des Fabrikates besteht aus Säureestern der Zellulose, die in indifferenten organischen Solventien zur Auflösung gebracht wird. Die Lösung hat die Eigenschaft, große Mengen ölartiger organischer Erweichungsmittel in der Kälte aufzunehmen. Nach dem Verdunsten des Lösungsmittels bleibt ein Gummihäutchen zurück. Die aus diesem Material hergestellten Fingerlinge erfüllen ihren Zweck, nämlich den untersuchenden Arzt vor Beschmutzungen zu bewahren, vollkommen. Nur lassen sie sich nicht heiß sterilisieren. Gegen wasserverdünnte Säuren sind sie beständig. Wenn man will, kann man sie zur Desinfektion in Sublimatlösung legen, am besten aber ist es, sie trocken zu verwenden und nach jedesmaligem Gebrauch fortzuwerfen. Der Preis beträgt 10 Pf. pro Stück. Bezugsquelle: Oskar Skaller, Verbandstofffabrik, Berlin, Johannisstraße.

Otto von Herff: Bemerkungen zur Moniliainfektion der weiblichen Genitalien (Kolpitis et Vulvitis mycotica.) (Korrespondenz-Bl. f. Schweizer Aerzte, 1916, No. 14.)

Von den Hyphomyceten kommen in der Scheide und der Scham zwei Formen wesentlich in Betracht: Monilia albicans (Robin) und Monilia candida (Hansen). Die Moniliaarten, die Erreger des Soors, werden häufig als „Oidium" bezeichnet, so von Robin, als Saccharomyces von Rees. Die Monilien gehören jedoch nicht zur Gruppe des Oidum lactis. Es empfiehlt sich daher, den Soor nicht mehr als Oidiummykose zu benennen. Die sicherste und rascheste Heilung wird nach Verfassers Erfahrung durch Auswaschungen und Ausspülungen der Vulva und Vagina mit Quecksilberpräparaten erreicht: Sublimat 1:1000 bis 1:5000, oder Hydrargyrum oxyxyanatum, das weniger stark brennt, in gleicher Konzentration. Diese Behandlung ist der Anwendung von Borax oder Borsäure weit überlegen. Von dieser Tatsache hat Verf. sich erst vor kurzem an einer besonders heftigen Moniliamykose bei einer leicht diabetischen Schwangeren im letzten Graviditätsmonat wieder überzeugen können. Viermal täglich wiederholte Sublimatanwendungen, erstmals 1:1000, später 1:5000 führten dauernde Heilung herbei.

Kr.

Prof. Dr. **Best** (Dresden): **Ueber Nachtblindheit im Felde.** (Münch. med. Wochenschr., 1915, No. 33.)

Verf. hatte Gelegenheit, eine größere Anzahl von Kriegsteilnehmern, die über Nachtblindheit klagten, zu untersuchen und kommt auf Grund seiner Beobachtungen zu folgenden Ergebnissen: Beim Stellungskrieg gibt es eine Reihe von Bedingungen, die das Auftreten einer Nachtblindheit begünstigen: nächtliche Tätigkeit, Entbehrungen, unregelmäßige Ernährung, körperliche und seelische Ueberanstrengung. Gleichwohl waren unter den Nachtblinden, die zur Beobachtung kamen, nur wenige, bei denen man die genannten Faktoren als Ursache anschuldigen muß. Die Mehrzahl der Kranken haben ihre Nachtblindheit als alte Begleiterscheinung einer Refraktionsanomalie oder als ererbte Eigentümlichkeit, die ihnen unter den Verhältnissen des nächtlichen Schützengrabenkrieges erst richtig zum Bewußtsein kommt im Verkehr mit ihren scharfsichtigen Kameraden. Die Aufstellung einer besonderen Form der Nachtblindheit, einer „Kriegshemeralogie", ist nicht begründet. Für den Nachweis der Nachtblindheit, d. h. für die Messung des Verlaufs der Dunkeladaptation, liefert die Untersuchung mit radioaktiven Leuchtfarben, auch in Form der Leuchtuhr, gute brauchbare Kurven und ermöglicht erst die Erforschung der Störungen der Dunkelanpassung auf breiter Grundlage.

R. L.

III. Tagesgeschichte.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Im Alter von 54 Jahren starb hierselbst Sanitätsrat Dr. Georg Arnheim, der sich als Bakteriologe Verdienste erworben hat. Er war einer der wenigen Aerzte, die ohne den Rahmen einer akademischen Stellung aus innerem Drang wissenschaftlichen Forschungen obliegen. Ein Schüler Virchows, der ihn auch nach Neapel an die zoologische Station schickte, war er einige Jahre Assistent am Kaiser-Friedrich-Kinderkrankenhaus unter Baginsky, arbeitete dann am Pathologischen Institut in der Charité, später im Institut „Robert Koch" unter Gaffky und Löffler. Nach dem Ausbruch des Krieges wurde ihm die stellvertretende Leitung des Kgl. Medizinal-Untersuchungsamts in Stade übertragen. Seine zahlreichen bakteriologischen und pathologisch-anatomischen Publikationen betreffen die Gebiete der Diphtherie, des Keuchhustens, der Spirochäten, der Ruhr und des Fleckfiebers.

— Einer Wundinfektion, die er sich bei einer Operation zugezogen hatte, ist im Alter von 54 Jahren der hervorragende Chirurg Geheime Sanitätsrat Prof. Dr. Hans Kehr erlegen. Der Verstorbene, der sich von 1885 bis 1888 unter Meusel in Gotha zum Chirurgen ausgebildet hatte, erwarb sich schon in jungen Jahren einen derartigen Ruf als Chirurg, speziell auf dem Gebiet der Abdominaloperationen, daß er bereits 1896, als er noch in Halberstadt tätig war, gelegentlich des 25 jährigen Jubiläums der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie den Professortitel erhielt. Kehrs Sondergebiet, das er auch publizistisch durch eine größere Anzahl teils in Zeitschriften und Sammelwerken, teils selbständig erschienener Veröffentlichungen bahnbrechend gefördert hat, war die Chirurgie der Gallenblase und Leber, doch hat er auch andere Kapitel seines Faches publizistisch bereichert. Erst vor wenigen Jahren war er von Halberstadt, wo er seit seiner Niederlassung als Arzt gewirkt hatte, nach Berlin übergesiedelt.

Marburg. Der Privatdozent der Chirurgie Prof. Dr. F. Hohmeier, Oberarzt an der chirurgischen Universitätsklinik, ist zum dirigierenden Arzt des städtischen Hospitals in Koblenz gewählt worden. Als sein Nachfolger erhielt der bisherige erste Assistent Privatdozent Dr. R. Hagemann die klinische Oberarztstelle.

Wien. Dr. Erwin v. Graff und Dr. Josef Novak haben sich für Geburtshilfe und Gynäkologie habilitiert.

St. Petersburg. Die aus einer englischen Quelle stammende Nachricht von dem Hinscheiden des hervorragenden Physiologen Prof. Pawlow, die wir vor einigen Monaten brachte, hat sich als falsch erwiesen. Sie beruhte auf einer Verwechselung des Physiologen mit dem gleichnamigen Petersburger Chirurgen.

Gerichtliches.

Detmold. Vor dem hiesigen Schöffengericht hatte sich kürzlich der Krankenbehandler H. aus Detmold wegen **Betrugs** zu verantworten. Der Angeklagte hatte ein „Mittel gegen Schwindsucht, Lungenleiden und zur Kräftigung schwacher Personen und Kinder" erfunden und bot dieses brieflich zum Preise von 6 M. an. Nach seinen Angaben besteht das Mittel aus Honig und Weizenmehl, wird durch Bier verdünnt und dann auf den Rücken des Kranken gerieben. Das Gericht verurteilte den Angeklagten zu 2 Wochen Gefängnis.

Verschiedenes.

Kiel. Zur **Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten** hat der stellvertr. kommandierende General des IX. Armeekorps (Schleswig-Holstein) folgendes verfügt: „Die durch Uebertragung einer ansteckenden Geschlechtskrankheit auf eine andere Person verübte vorsätzliche oder fahrlässige Körperverletzung ist nach den §§ 223 ff. und 230 des Reichsstrafgesetzbuches mit Strafe bedroht. Zur wirksameren Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten verbiete ich eine derartige Körperverletzung im Interesse der öffentlichen Sicherheit auch auf Grund des Gesetzes über den Belagerungszustand und ordne zur Durchführung dieses Verbots folgendes an: Wer an einer übertragbaren Geschlechtskrankheit leidet, hat die Erkrankung unverzüglich, nachdem er von ihr Kenntnis erhalten hat, bei der zuständigen Polizeibehörde und dem Polizeiarzte mündlich oder schriftlich anzumelden. Die Polizeibehörden sind berechtigt, Personen, die verdächtig sind, an einer übertragbaren Geschlechtskrankheit zu leiden, ärztlich, und zwar in der Regel amtsärztlich, untersuchen zu lassen. Solche Personen können zur ärztlichen Beobachtung und, soweit sie krank befunden werden, bis zur Heilung von der übertragbaren Geschlechtskrankheit in einem Krankenhause zwangsweise untergebracht werden. Zuwiderhandlungen gegen vorstehende Bestimmungen werden gemäß § 9b des Gesetzes über den Belagerungszustand in Verbindung mit dem Gesetz vom 11. Dezember 1915 — RGBl. S. 813 —, soweit nicht nach den bestehenden Bestimmungen eine höhere Strafe verwirkt ist, mit Gefängnis bis zu einem Jahre, beim Vorliegen mildernder Umstände mit Haft oder mit Geldstrafe bis zu fünfzehnhundert Mark bestraft. Zuwiderhandlungen sind namentlich: 1. die Unterlassung der vorgeschriebenen Anmeldung einer übertragbaren Geschlechtskrankheit, 2. die Nichtbefolgung der von der Polizeibehörde im einzelnen Falle zur Bekämpfung der Krankheit getroffenen Anordnung, z. B. das Nichterscheinen zur Untersuchung trotz Vorladung. Für Militärpersonen tritt in Ansehung des Anmeldungs-, Untersuchungs- und Behandlungszwanges an die Stelle der Polizeibehörde die vorgesetzte Dienststelle."

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: San.-Rat Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil S. Caspari, Berlin-Schöneberg
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW. 68, Alexandrinenstraße 110.

85. Jahrgang **Berlin, 3. Juni 1916** **No. 23**

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7 a — Fernsprecher Steinplatz 105 56

85. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Referate.

Privatdozent Dr. **Max Herz** (Wien): **Ueber die Begutachtung des Herzens im Kriege.** (Wiener med. Wochenschr., 1916, No. 4.)

Verf. betont die ungemeine Schwierigkeit der Begutachtung des Herzens. Schon bei der Aufnahme des Befundes ist auch zwischen zwei ganz unbefangenen Untersuchern kaum jemals eine vollkommene Uebereinstimmung zu erzielen. Die Bestimmung der Herzgrenzen ist so sehr von der angewandten Methode abhängig, daß sie fast ganz dem Belieben des einzelnen anheimgestellt erscheint. Die Feststellung, ob ein Geräusch oder ein unreiner Ton, eine Veränderung des Klangcharakters vorliegt, ist Sache einer durch kein absolutes Maß geregelten Schätzung. Was uns vor allem fehlt, ist eine wirkliche Funktionsprüfung des Herzens. Von den Fällen offenkundiger Herzmuskelinsuffizienz abgesehen, wissen wir nichts, aber gar nichts über die Leistungsfähigkeit des Herzens. Ist schon der Befund unklar, so ist seine Deutung, d. h. die Diagnose oft vollkommen willkürlich. Je nach seiner Neigung sieht der eine einen zweifellosen Herzklappenfehler vor sich, wo der andere nur akzidentelle Geräusche hören will. Den Gipfel der Unsicherheit erreicht unsere Wissenschaft jedoch bei der Stellung der Prognose. Hierin ist ihr nur die Meteorologie an die Seite zu stellen. Die Prognose ist bei Herzkrankheiten mitunter eine reine Temperamentssache. Bei der Musterung des Herzens handelt es sich aber um nichts anderes als um eine Prognose bezüglich seines Schicksals unter den Verhältnissen des Krieges. Auch in ruhigen Zeiten wird es uns schwer, das künftige Verhalten des Herzens gegenüber den unvermeidlichen Traumen des täglichen Lebens vorauszusagen, weil wir die psychischen und körperlichen Einflüsse von seiten des Berufs, familiärer Inanspruchnahme und dergleichen nicht berechnen können, und zwar vor allem deshalb, weil der Effekt so sehr von der Verschiedenheit der Reaktion des Einzelindividuums abhängt. Selbst dann, wenn wir die Umstände des Falls genau kennen, wie bei einem befreundeten ärztlichen Patienten oder bei einer Schwangerschaft, haben wir nicht den Mut, das Schicksal eines kranken Herzens mit einiger Sicherheit zu prophezeien. Nun aber erst im Kriege. Reicht die Phantasie eines Menschen, der die Schrecknisse des Krieges nur aus den gedämpften Schilderungen der Tagesjournale kennen gelernt hat, aus, sich die zermalmenden Eindrücke jener Hölle vorzustellen? Darf er es unternehmen, auch nur andeutungsweise anzugeben, bis zu welchem Grade ein nicht ganz gesundes Herz dem in den schreckhaftesten Gestalten tausendfach drohenden Tode, der wahnsinnigen Angst, den oft bis zur äußersten Erschöpfung gehenden körperlichen Anstrengungen bei einer unregelmäßigen, manchmal höchst dürftigen Ernährung standhalten werde? Angesichts dieser Sachlage werden wir uns wohl hüten, einen Mann mit anscheinend noch so leichter Mitralinsuffizienz, geringer Aortendilation oder Herzvergrößerung oder kontinuierlicher Tachykardie als felddiensttauglich zu erklären. Der Arzt soll kein Werbeoffizier sein. Seine Frage muß lauten: Ist das Herz des Mannes nach dem gegenwärtigen Stande unseres Wissens mit größter Wahrscheinlichkeit als gesund zu betrachten? Wenn nicht, so gehört er nicht in den Schützengraben. Ein größeres oder geringeres Kranksein entzieht sich zumeist unserer Schätzung und darf demnach nicht maßgebend sein.

Geh. San.-Rat Dr. **W. Lublinski**: **Gaumenhochstand und adenoide Vegetationen.** (Berl. klin. Wochenschr., 1916, No. 4)

Es kommen durchaus nicht seiten Kinder zur Untersuchung, denen adenoide Vegetationen, selbst die Nase ausgeräumt wurde, ohne daß eine Besserung in ihrem Befinden eintrat. Untersucht man ein solches Kind, so findet sich alsbald die Erklärung für den Mißerfolg. Das Kind hat einen engen, hohen Gaumen. Diese Abweichung erklärt alles. Während beim normal entwickelten Kind die Mundhöhle derart gebildet ist, daß die beiden Zahnfortsätze mittels eines weiten, niedrig gewölbten Gaumendaches zusammenhängen, sind hier die Zahnfortsätze weit stärker entwickelt, eng aneinander gerückt, ragen hoch empor und tragen ein winziges, steiles Gaumendach. Der Querdurchmesser hat sich wesentlich verringert, der Höhendurchmesser hat erheblich zugenommen. Dadurch entsteht ein Uebelstand von schwerwiegender Bedeutung. Je höher und steiler das Rachendach, desto enger die Nase; ihr Rauminhalt nimmt ab, da der Nasenboden emporgehoben wird und die Seitenwände sich näher aneinanderschieben. Dazu kommt, daß sich das Gaumensegel infolge des verminderten Querdurchmessers tiefer stellt, schlaff auf den Zungenrücken herabhängt und den Nasenrachen noch weiter abschließt, so daß der Luftstrom, der in der verengten Nase schon an und für sich auf Hindernisse stößt, noch weitere Schwierigkeiten findet. Die adenoiden Vegetationen treten hinzu, und endlich greift die Mundatmung mit allen ihren Schädigungen Platz. Die Behandung besteht darin, daß nach Beseitigung der Vegetationen eine kleine federnde Spange um die Zähne gelegt wird, die von den Kleinen kaum als Belästigung empfunden wird. Bei älteren Kindern ist ein Schraubapparat nötig, der, am Oberkiefer angebracht, die Aufgabe hat, die Sutura palatina allmählich, aber nur so weit zu dehnen, daß die gegenseitige Berührung der Kieferränder an ihr nicht unterbrochen wird. Auf diese Weise gelingt es, die Knochenbildung an den Rändern so weit zu fördern, daß der harte Gaumen breiter wird. Natürlich hängt der Erfolg einmal von der Dauer der Behandlung, die etwa 1—2 Jahre erfordert, andererseits von der Wachstumsenergie des Knochens ab. Im allgemeinen kann man bis zum 16. Jahr auf einen Erfolg rechnen. Die individuelle Breite ist aber nicht gering, so daß auch im späteren Alter ein Versuch sich rechtfertigt.

Dr. **A. I. Cemach**, Assistent der Ohrenabteilung der Allgem. Poliklinik in Wien: **Die Behandlung der Otitis media tuberculosa mit Tuberkulomuzin.** (Wiener klin. Wochenschr., 1916, No. 11 und 12.)

Die Tuberkulose des Ohres ist eine recht häufige Erkrankung. Sie wird nicht nur als Komplikation der fortgeschrittenen Lungenphthise beobachtet, sondern begleitet auch beginnende Lungenspitzenprozesse und scheint nicht selten auch primär aufzutreten. Die leichte Form der Ohrtuberkulose, insbesondere die reine tuberkulöse Schleimhauteiterung ohne Neigung zu Gewebszerfall, kommt häufiger vor, als angenommen wird. Zur Sicherung der Diagnose besitzen wir ein sehr zuverlässiges Hilfsmittel in der histologischen Untersuchung der vorhandenen Granulationen, das nur ausnahmsweise im Stich läßt. Demgegenüber ist der Nachweis von Tuberkelbazillen im Eiter von untergeordneter Bedeutung, da er auch bei Anwendung moderner Anreicherungsmethoden nur in einem Teil der sicher tuberkulösen Fälle gelingt. Was die Behandlung betrifft, so ist die Tuberkulose des Mittelohres und Warzenfortsatzes durch spezifische Behandlung mit einem geeigneten Präparat sicher zu beeinflussen. Das Tuberkulomuzin ist nach den bei Behandlung der Ohrtuberkulose gemachten Erfahrungen ein Heilmittel von hohem therapeutischen und diagnostisch-prognostischem Wert. Die Prognose hängt in erster Linie ab von der Reaktionsfähigkeit der Körperzellen, die durch die Stichreaktion in einwandfreier Weise angezeigt wird, dann von der Heilungsfähigkeit des primären Lungenherdes, und endlich von der Ausdehnung der Gewebszerstörungen im Ohr selbst. Von den verschiedenen Formen der Ohrtuberkulose sind die reinen Schleimhauteiterungen am leichtesten zu beeinflussen, während die ostitischen Prozesse je nach der Ausdehnung eine mehr oder weniger schlechte Prognose haben.

Hofrat Dr. **Volland** (Davos-Dorf): **Die blutstillende Wirkung des subkutan angewandten Kampferöls.** (Therap. Monatshefte, Februar 1916.)

Verf. hat ab 1906 über die Behandlung Lungenkranker mit subkutanen Kampferöleinspritzungen berichtet. Dabei hat er auch auf die blutstillende Wirkung dieser Einspritzungen bei Lungenblutungen in einigen Fällen aufmerksam gemacht. Die Wirkung war bei manchen geradezu überraschend, die Blutung stand in kurzer Zeit, viel eher als nach den üblichen Maßnahmen. Nun fragte es sich, ob das Kampferöl auch blutstillend wirken würde, wenn die Blutung aus anderen unzugänglichen Höhlen käme. Daß dies nun in der Tat der Fall ist, wenigstens bei habituellem Nasenbluten, dafür bietet Verfassers eigener Fall den Beweis. Verf. drängt sich nun weiter die Frage auf, und dies ist der eigentliche Zweck dieser Veröffentlichung, ob sich diese blutstillende Wirkung des Kampferöls auch bei kapillaren Blutungen aus tiefen Wunden geltend machen würde. Denen ist ja auch kaum direkt beizukommen, wie denen aus Nase und Lunge. Gelegenheit zur Erprobung dieses einfachen und unschädlichen Mittels gibt es in den Lazaretten genug. Verf. hat stets das 10 proz. sterilisierte Kampferöl angewandt, hat aber keine Versuche gemacht, ob vielleicht schon das Oel allein blutstillend wirkt, oder ob es auf den Kampfer ankommt. Jedenfalls wirkt dieser gleichzeitig belebend aufs Herz, was ja die Blutenden auch sehr nötig haben. Man muß nur nicht ängstlich sein und sich nicht durch sogen. Maximaldosen beirren lassen. Verf. hat bei Starkblutenden immer an verschiedenen Stellen kurz hintereinander 10 bis 20 bis 30 ccm 10 proz. Kampferöl unter die Haut eingespritzt, bis die Blutung stand, und nie einen Nachteil davon gesehen.

Generalarzt Prof. Dr. **Kümmell**, beratender Chirurg: **Die Erfolge der Schutzimpfung gegen Wundstarrkrampf.** (Berl. klin. Wochenschr., 1916, No. 16.)

Verf. erörtert die Frage, welche Erfolge wir mit der prophylaktischen Impfung erzielt haben und ob es gelungen ist, in allen Fällen den Tetanus dadurch fernzuhalten. Nach seinen Erfahrungen, die er nach der allgemeinen und systematisch durchgeführten prophylaktischen Behandlung des Wundstarrkrampfes erzielt hat, ergibt sich folgendes: 1. Das Krankheitsbild des Wundstarrkrampfes, welches uns kurz nach Beginn des Krieges in erschreckender Form und Häufigkeit entgegentrat, ist verschwunden. 2. Die prophylaktische Tetanus-Antitoxininjektion gewährt bei frühzeitiger Anwendung unseren Kriegsverwundeten einen fast sicheren Schutz gegen Wundstarrkrampf. 3. Die erste Schutzimpfung ist zu wiederholen, wenn etwa vom siebenten Tage ab nach derselben ein chirurgischer Eingriff, auch leichterer Art, erforderlich wird. Auch bei späteren Eingriffen ist bei jedem, welcher Tetanus überstanden, prophylaktisch zu impfen. 4. Die relativ geringe Zahl der Mißerfolge wird sich eventuell durch weitere Vervollkommnung der Serumherstellung, durch Vermeidung von Fehlern bei der Einführung und bei noch zunehmender Erfahrung in der Behandlung tetanusverdächtiger Wunden auf einen minimalen Prozentsatz zurückbringen lassen. 5. Nur ein kleiner Bruchteil dürfte bei der Eigenart des Tetanusgiftes bei Massenüberflutungen des Blutes oder bei individueller Ueberempfindlichkeit nicht ganz vor dem Wundstarrkrampf zu schützen sein.

Ludwig R. Rydygier v. Rüdiger, derzeit Chefchirurg d. Kriegsspitals in Brünn: **Eine einfache Vorrichtung zur Kombination des Brückengipsverbandes mit Extension [Extensions-Brückengipsverband].** (Zentralbl. f. Chirurgie, 1916, No. 11.)

In manchen Fällen von Schußfrakturen mit stärkerer Zerschmetterung der Knochen oder Tendenz zur Verschiebung der Bruchenden erschien es Verf. wünschenswert, beim Anlegen des Brückengipsverbandes die Extension weiter wirken zu lassen. Da hat er beschlossen, den Bügel oder vielmehr die 2 bezw. 3 Bügel, die er bei den Brückengipsverbänden aus gewöhnlichen Bandeisen sich zurechtbiegt, oben durchzufeilen, zwischen die senkrechten Seitenstücke des Bügels eine einfache Schraube mit rechtem und linkem Gewinde, wie man sie in jedem besseren Eisenladen unter dem Namen „Drahtspanner“ bekommt, einzusetzen und nach dem Hackenbruchschen Prinzip die beiden Teile des Gipsverbandes auseinanderzuschieben und damit an der Bruchstelle zu extendieren. Damit die Seitenstücke des Bandeisens nicht nachgeben und sich beim Einwirken der Schraube nicht umbiegen, hat Verf. sie im Winkel abgebogen und an das horizontale Stück festgenietet. Damit die Schraube zwischen den Seitenspangen sitzt, hat der Schlosser zwei nach unten laufende Seitenteile angeschweißt, die über die Seitenspangen geschoben werden. Die Bandeisen (2 oder 3 Stück) werden in der gewöhnlichen Weise eingegipst. Nachdem der Verband erstarrt, werden die Schrauben nacheinander jeden Tag mehr auseinandergeschraubt und so die Extension langsam verstärkt und der Abstand vergrößert. Um mit drei Schrauben für alle Fälle auszukommen, werden Holzstäbchen je nach dem augenblicklichen Abstand der Seitenteile zugeschnitten und zwischengeschoben, so daß man die Schrauben ausheben und für andere Fälle gebrauchen kann.

Prof. Dr. **O. Zuckerkandl**, z. Zt. Oberstabsarzt II. Klasse: **Die Schußfrakturen des Oberschenkels.** (Wiener med. Wochenschr., 1916, No. 1.)

Die Schußfraktur des Oberschenkels ist die ernsteste aller Verletzungen der Extremitäten und für Transport und spätere Behandlung die schwierigste. Für die Behandlung im Beginne besteht insofern eine Uebereinstimmung der Ansichten, als man den Wunden gegenüber volle Abstinenz bewahrt und bei der Feststellung im ersten Verband Hüfte und Knie mit einbezieht. In der definitiven Versorgung ist die Mehrzahl für die Extension in Semiflexion, während eine Minderheit den in redressierter Stellung angelegten Gipsverband bevorzugt. Die Erörterungen des Verfassers beschäftigen sich mit dem Oberschenkelschuß in der der Verletzung folgenden Zeit, welche der Kranke im Feldspital oder in einer der Front nahen stabilen Anstalt verbringt. Dieser Zeitraum ist der für das Schicksal des Kranken entscheidende, hier werden die Erscheinungen der Infektion manifest und hier treten Komplikationen auf, die für den weiteren Verlauf von entscheidender Bedeutung werden und ein aktives Vorgehen erheischen. In der vom Verf. geleiteten Sanitätsanstalt sind in den verflossenen drei Monaten unter rund 5000 Aufgenommenen 200 Fälle von Oberschenkelfrakturen zu verzeichnen. Von diesen sind 32 gestorben, was einer Gesamtmortalität von 16 auf 100 entspricht; die Gesamtzahl der in dieser Zeit ihren Wunden erlegenen Kranken betrug 160, so daß also ein Fünftel aller Todesfälle an Verletzungen Frakturschüsse des Oberschenkels betroffen hat. Die Todesursachen waren in der überwiegenden Mehrzahl septische und pyämische Prozesse. In 13 von den verstorbenen 32 Fällen waren klinisch profuse Blutungen aus der Wunde vorhanden, so daß Unterbindungen der Art. femoralis vorgenommen werden mußten. In 8 Fällen von diesen 13 war die Amputation nach Demarkation des Brandigen vorgenommen worden. Aus den bisherigen Angaben ist die große Bedeutung der Wundinfektion für die Mortalität ersichtlich. Man geht nicht fehl, wenn man alle in Behandlung kommenden Knochenschüsse im bakteriologischen Sinne als infiziert annimmt. Prinzipiell soll, wie dies zahlreiche Autoren vertreten, die definitive Behandlung der Oberschenkelschüsse in den Spitälern des Hinterlandes erfolgen, wo man in jedem Falle das orthopädisch günstigste Resultat zu erreichen suchen wird. Doch sollen die Fälle aus dem Felde erst dann dem Heimatspital überwiesen werden, wenn sie die genannte kritische Zeit nach der Verletzung überwunden haben und definitiv fieberfrei geworden sind. In den Tagen nach der Verletzung müssen die

anscheinend aseptischen von den infizierten Fällen geschieden werden. Für die Fälle von malignem Oedem und schwerer primärer Phlegmonen ist ein unmittelbares operatives Eingreifen angezeigt. Die anscheinend harmlosen Fälle werden in provisorischen Schienenverbänden die nächsten Tage beobachtet. Die fieberfrei bleibenden, örtlich reaktionslosen Fälle werden nach Verlauf einer Woche etwa in Narkose eingegipst und abgeschoben. Es bleiben die fieberhaften und eiternden Fälle übrig, bei denen ein aktives Vorgehen unerläßlich ist. Die Operation wird unter strenger Asepsis ohne Esmarchsche Binde in Aethernarkose ausgeführt. Der Zugang zur Frakturstelle wird durch Erweiterung gewöhnlich des Ausschusses, bisweilen beider Wunden geschaffen. Unter Leitung des Fingers werden die losen Splitter und größeren Fragmente, auch die an Muskulatur und Periost hängenden Stücke entfernt. Es empfiehlt sich, zum eigenen Schutze die Operation mit dicken Kautschukhandschuhen auszuführen. Ein besonderes Vorgehen erfordert der Schenkelhalsschuß, es muß im Gegensatz zum Diaphysenschuß des Oberschenkels die ganze Gegend übersichtlich freigelegt werden. Nach der Operation werden die Kranken, wenn anfänglich eine profuse Sekretion zu erwarten ist, für eine Zeit, bis das Fieber gewichen ist, in Extension gelagert. Nach diesem Zeitpunkt folgt die Ruhigstellung im Gipsverbande; in geeigneten Fällen wird der Operation unmittelbar die Einschließung in Gips angeschlossen. Verf. verwendet Gipsschienenverbände, bei welchen breite Spangen aus Gips das Wundgebiet im Bogen überbrücken und breit zugänglich erhalten. Dieser Verband, der in seiner Form jedem Falle besonders angepaßt werden muß, gibt die Gewähr der Ruhigstellung der Gelenke, bei voller Zugänglichkeit und Uebersichtlichkeit des Wundgebietes. Bei auftretenden Blutungen ist die geschilderte Therapie zunächst unanwendbar; die Indikation, die Blutung zu stillen, tritt an erste Stelle. Die großen Gefahren der Ligatur, ihre Unverläßlichkeit bezüglich der Hämostase legen den Gedanken nahe, in Fällen dieser Art primär die Amputation zu empfehlen.

Dr. **Lüthi**, Assistenzarzt der Abteilung Wildbolz im Inselspital zu Bern: **Eine neue Methode zur Behandlung der Clavicularfraktur.** (Korrespondenzbl. f. Schweiz. Aerzte, 1916, No. 13.)

Verf. beschreibt die einfache Methode von Dr. Wildbolz zur Behandlung der Clavicularfraktur. Sie besteht darin, daß unter den nach rückwärts gezogenen, im Ellbogen spitzwinklig gebeugten Armen ein runder Holzstab von etwa 3 cm Durchmesser zwischen den gebeugten Ellbogen und dem Rücken durchgeschoben wird. Zur Vermeidung unliebsamer Druckwirkungen werden die Ellenbeugen gehörig ausgepolstert, Polster und Stab durch eine Gazebinde festgehalten. Tagsüber können die Patienten mit diesem Verbande ohne Beschwerden herumgehen. Die Stellung hat nichts Ermüdendes; sie wird oft von Spaziergängern als Ruhestellung eingenommen. Das Freisein der Vorderarme und der Hände erlaubt den Kranken, nach einiger Uebung die Mahlzeiten ohne fremde Hilfe einzunehmen. Intelligente Patienten verstehen es übrigens, durch Anstemmen des Stabes an die Stuhllehne während des Essens den gesunden Arm freizubekommen, um ihn gleich nachher wieder durch Einschieben des Stabes zwischen gesunder Ellenbeuge und Rücken zu fixieren. Durch dieses Verfahren werden die Schultern nicht nur kräftiger als durch alle bis jetzt gebräuchlichen Methoden nach hinten und außen gezogen, wodurch das meist nach vorne und innen verschobene äußere Fragment zweckmäßig reponiert wird, sondern es wird gleichzeitig die Schulter auch gehoben und dadurch das Herabsinken des äußeren Fragments behindert. Durch die Ruhigstellung der gesunden Schulter wird auch eine gute Fixation des inneren Fragments erreicht. Dank dem gleichmäßig anhaltendem Zuge werden die Fragmente auch bei starker Dislokation sehr gut reponiert. Nach 12—14 Tagen wird der Stab entfernt und dürfen die Arme frei bewegt werden. Bei den vom Verf. beobachteten fünf Fällen war das Resultat ausgezeichnet: geringe Kallusbildung und sehr gute Stellung der Fragmente. Die Methode wird sicher auch sehr Gutes leisten in der Behandlung der Clavicularluxationen, besonders der Luxation des Sternalendes, in Verbindung mit einem kleinen Heftpflasterverband wird sie zur Retention der reponierten Clavicula genügen.

Kr.

E. **Rehn** u. **Miyanchi**: **Das kutane und subkutane Bindegewebe in veränderter Form.** (Archiv f. klin. Chir., Bd. 105, H. 1.)

Auf Grund zahlreicher Tierexperimente verwendeten die Verfasser auch beim Menschen kutanes und subkutaues Bindegewebe, als Ersatzmaterial von Sehnen, als riemenförmige, dem Pylorusverschluß dienende Bänder, als breite Verstärkungsbänder nach dem Verlust resp. Schädigungen von Gelenkbändern. Das Material kann jeder beliebigen Stelle der Körperoberfläche entnommen werden; die Epidermisschicht wird sorgfältig entfernt, eine kleine Fettschicht kann jedoch zurückbleiben. Das Material wird verwendet als gedrehter Strang, in den noch zur Verstärkung ein Seidenfaden eingeflochten werden kann, als einfacher Streifen oder breite Platte. Die Einheilung war stets reaktionslos, und die Resultate sind imstande, die Sehnen- und Fasziena utoplastik vollkommen zu ersetzen.

Adler (Berlin-Pankow).

K. **Miyanchi**: **Die autoplastische Knochenmarks-Transplantation im Experiment.** (Archiv f. klin. Chir., Bd. 106, H. 2.)

Auf Grund zahlreicher Untersuchungen autoplastisch aus der Tibia von Kaninchen entnommenen und in die Leber derselben versenkten Knochenmarks kommt der Verf. zu dem Schluß, daß das autoplastisch transplantierte Knochenmark nicht nur die Fähigkeit der Knochenneubildung hat, sondern auch seine spezifisch myeloischen Eigenschaften beibehält, also Zellen bildet, von denen die Regeneration des Knochenmarks zum Teil mit Bestimmtheit ausgeht. Andererseits freilich konnte der Verfasser auch feststellen, daß ein beträchtlicher Teil des jungen Markes auf anderem Wege entsteht, vielleicht aus dem Endothel oder der Adventitia der das Transplantat umgebenden resp. durchsetzenden neugebildeten Gefäße.

Adler (Berlin-Pankow).

H. **Küttner** (Breslau): **Ueber Pseudo-Aneurysmen.** (Medizin. Klinik, 1916, No. 7.)

Der Ausdruck „Pseudo-Aneurysma" gilt für die Vortäuschung des fertigen, aus dem Stadium des Hämatoms herausgetretenen Aneurysmas, und zwar des arteriovenösen. Gemeint ist dabei nicht die überaus latente Entwicklung, die dieser Verletzungsfolge eigen sein kann, sondern das Auftreten des für das arteriovenöse Aneurysma so bezeichnenden Symptoms, des Schwirrens, ohne daß ein Aneurysma vorhanden ist. Dieses Schwirren ist bei allen Abarten des arteriovenösen Aneurysmas nachzuweisen. Am wenigsten deutlich ist es bei der arteriovenösen Sackform, dem Aneurysma varicosum, bei dem das Schwirren oft durch das Rauschen des mit jedem Pulsstoß in den Sack einströmenden arteriellen Blutes übertönt wird. Sehr deutlich ist es dagegen stets bei dem Aneurysma mit venösem Sack, mag es sich nun um die einfache arteriovenöse Fistel handeln oder um den eigentlichen Varix aneurysmaticus, bei dem die variköse Venenerweiterung sich entweder auf die unmittelbare Nachbarschaft der Verbindungsstelle beschränkt oder große Venengebiete ergreift. Das Aneurysma varicosum mit deutlich nachweisbarer Sackbildung und der Varix aneurysmaticus mit beträchtlicher Venenerweiterung sind so charakteristische Erkrankungen, daß hier diagnostische Irrtümer kaum möglich sind. Viel leichter ereignen sie sich bei der reinen arteriovenösen Fistel, da hier eine Geschwulst vollständig fehlen kann und die Erweiterung der Vene entweder gar nicht ausgesprochen ist oder sich als einfache Verbreiterung des Venenumfanges auf die unmittelbare Nachbarschaft der Verbindungsstelle beschränkt. Die arteriovenöse Fistel aber ist gerade bei Mantelgeschoßwunden durchaus nicht selten, da das kleine Projektil die fast überall unmittelbar benachbarten Gefäße, Arterie und Vene, gemeinsam durchbohrt, und das Blut der Arterie dann unmittelbar den Weg in die Vene findet, deren Saugkraft sich sehr rasch geltend macht. Nun kommen Fälle vor, welche in der Gegend einer längere Zeit zurückliegenden Schußwunde das ausgesprochene Schwirren zeigen, bei der Operation aber jede Spur eines arteriovenösen Aneurysmas vermissen lassen. Verf. beschreibt zwei Fälle von Pseudo-Aneurysma aus eigener Beobachtung und bespricht vier Fälle aus der Literatur. Zusammenfassend ergibt sich, daß in sehr seltenen Fällen eigentliche Pseudo-Aneurysmen vorkommen, bei denen das Schwirren durch abnorme Schlängelung der Arterie bei verkürzter Extremität, vielleicht auch durch narbige Verziehung und Verengerung des Gefäßrohres hervorgerufen wird. In der Mehrzahl der Fälle aber liegen Täuschungen vor; in Wirklichkeit besteht an anderer, oft weit entfernter Stelle im Verborgenen ein echtes arteriovenöses Aneurysma, dessen Schwirren über große Strecken fortgeleitet und aus anatomischen Gründen an entfernter Stelle deutlicher vernommen wird als am Orte seiner Entstehung.

Kr.

Oberarzt Dr. **Ernst von Klebelsberg**: **Ueber Lungenschüsse.** (Wiener klin. Wochenschr., 1916, No. 14.)

Es gibt eine Reihe von Lungenschüssen, die reaktionslos bleiben, d. h. bei denen sich klinisch keinerlei Veränderungen nachweisen lassen. In der Mehrzahl der Fälle kommt es zur Entwicklung eines klinisch nachweisbaren Hämatothorax. Dieser Hämatothorax kann a) ohne Komplikationen bleiben, d. h. er wird organisiert und resorbiert, b) mit Veränderungen einhergehen. Diese Veränderungen sind: a) die seröse Pleuritis (im weiteren Sinne), welche in verschiedener Weise in Erscheinung treten kann; b) die Umwandlung des Pleura-

inhalts in Eiter (Empyem). Manchmal bilden sich klinisch nachweisbare Veränderungen der Lunge selbst, welche unter Umständen das Krankheitsbild beherrschen können (Pneumonie, Abszesse, Gangrän). — Die Therapie richtet sich nach den Verhältnissen. Kleinere Ergüsse (sowohl blutiger, als auch seröser Art) können sich selbst überlassen bleiben. Größere Ergüsse sind wegen Gefahr von Verwachsungen und Retraktionen mittels der offenen Pleurapunktion zu entfernen. Die Kostotomie tritt in ihre Rechte bei Empyem. (Unter Umständen kann diese Operation vor Umwandlung des Exsudats in ein ausgesprochen eitriges vorgenommen werden.) In der offenen Pleurapunktion haben wir ein Verfahren, das gestattet, auch reinen Hämatothorax aktiv mit bestem Erfolg anzugehen. Im allgemeinen sollen Lungenverletzte an Ort und Stelle belassen werden, doch scheint auch ein Transport nicht wesentliche Schädigungen zu bringen. Kr.

II. Bücherschau.

Gesunde Kinder in den Spiel-, Schul- und Entwicklungsjahren. Von Prof. Dr. **L. Langstein** (Berlin). Leipzig, Max Hesses Verlag. 103 S. Preis eleg. geb. 1,35 M.

Dieses kleine Werk gehört zu einer Sammlung von „Hausbüchern zur Erhaltung der Gesundheit", in welcher durchweg von hervorragenden ärztlichen Forschern auf dem Gebiete der praktischen und theoretischen Heilkunde die wichtigsten Kapitel der Gesundheitspflege und ihrer Grenzgebiete in allgemeinverständlicher Form auf wissenschaftlicher Grundlage geschildert werden. Das vorliegende Bändchen, welches der Gesundheitspflege des Kindesalters gewidmet ist, reiht sich würdig den übrigen bisher in der Sammlung erschienenen Darstellungen an. Auf den Inhalt näher einzugehen, erübrigt sich an dieser Stelle; der bekannte Name des Verfassers bürgt für die Trefflichkeit der Darstellung. Es braucht auch kaum darauf hingewiesen werden, daß der Verfasser sich streng auf die eigentliche Gesundheitspflege beschränkt und sich von jeder Anleitung zur Behandlung kranker Kinder fernhält, da er mit Recht der Ansicht ist, daß die Behandlung kranker Kinder nicht dem Laien überlassen werden darf, sondern die Domäne des Arztes bleiben muß. Daher darf jeder Arzt seiner Klientel das kleine Werk getrost empfehlen. R. L.

III. Tagesgeschichte.

Standesangelegenheiten, Medizinal-Gesetzgebung, soziale Medizin etc.

Berlin. Am 26. Mai befaßte sich der **Geschäftsausschuß der ärztlichen Standesvereine Berlins** mit zwei für die Oeffentlichkeit sehr wichtigen Angelegenheiten. Nach einem Referat von Geheimrat Henius wurde angesichts der außerordentlichen Verteuerung sämtlicher Lebensbedürfnisse beschlossen, die ortsüblichen **ärztlichen Honorare** um mindestens ein Drittel zu erhöhen. Diese Erhöhung soll aber bei Unbemittelten und bei minderbemittelten Familien, deren Ernährer zum Heeresdienst eingezogen sind, unterbleiben. Geheimrat S. Alexander berichtete über die Regelung des ärztlichen Attestwesens bei der Lebensmittelversorgung der Kranken. Es soll eine amtliche Zentralstelle geschaffen werden, die über die Zuteilung aller gesperrten Lebensmittel an Kranke und über die Begutachtung der ärztlichen Atteste entscheiden soll. Die Begutachtung der Atteste soll durch Vertrauensärzte geschehen, in Zweifelsfällen möglichst im Einvernehmen mit den behandelnden Aerzten. Die Formulare für die Atteste sollen mit der Aerztekammer vereinbart werden. Als selbstverständlich wurde hervorgehoben, daß bei der Ausstellung der Atteste nur die gesundheitlichen Interessen der Kranken maßgebend sein dürfen. Beide Beschlüsse wurden dem Aerzteausschuß von Groß-Berlin zur weiteren Bearbeitung übergeben.

Breslau. Eine Anordnung des stellvertretenden Generalkommandos des VI. Armeekorps, die auch für den Bereich der Festungen Glatz und Breslau gilt, verbietet die **Ausübung der Heiltätigkeit durch nicht approbierte Krankenbehandler** und die Ankündigung der Behandlung irgend welcher Krankheiten durch solche Personen. Das Verbot bezieht sich nicht auf medizinische Hilfskräfte, Dentisten, geprüfte Heilgehilfen, Krankenpfleger und Massöre, soweit sie Dienste verrichten, die gewöhnlich von solchen Personen geleistet werden, und die nur Handfertigkeit, aber keine ärztliche Vorbildung erfordern. Ferner wird verboten die öffentliche, wenn auch in verhüllter Form erfolgende Anpreisung und der Verkauf von Abtreibungsmitteln sowie die öffentliche Ankündigung, Anpreisung oder Zurschaustellung von antikonzeptionellen Mitteln oder Behandlungsweisen, insbesondere auch solche durch Bestrahlung. Zuwiderhandlungen werden mit Gefängnis bis zu einem Jahre bestraft. Sind mildernde Umstände vorhanden, so kann auf Haft oder Geldstrafe bis zu 500 M. erkannt werden.

Münster. Das hiesige Generalkommando des VII. Armeekorps hat unter dem 6. Mai d. J. für seinen Bezirk den Vertrieb, sowie die Ankündigung und Anpreisung des sog. **„Haarlemer Oels"** (es handelt sich, wenn wir nicht irren, um ein Geheimmittel gegen Gallensteinleiden. Red.) verboten. Als Strafen werden Gefängnis bis zu einem Jahr oder Haft- bezw. Geldstrafen bis zu 1500 M. angedroht, soweit nicht gleichzeitig eine nach dem allgemeinen Strafgesetz schwerer zu bestrafende Verfehlung vorliegt.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Der im 61. Lebensjahre stehende Generalstabsarzt der Marine Dr. Paul Schmidt ist wegen schwerer Krankheit in den Ruhestand getreten; zu seinem Nachfolger ist der im 53. Lebensjahre stehende Marinegeneralarzt Dr. Walter Uthemann ernannt worden.

Königsberg i. Pr. Als Nachfolger des nach Marburg versetzten Prof. Franz Hofmann ist der bisherige Privatdozent Dr. Otto Weiss zum ordentlichen Professor der Physiologie ernannt worden.

Cöln. Der Sekundärarzt der chirurgischen Klinik der städtischen Krankenanstalt Lindenburg Dr. J. Bungart ist zur Lehrtätigkeit an der hiesigen Akademie für praktische Medizin zugelassen worden.

Bad Kissingen. Hierselbst erlag der Kurarzt Dr. A. Förster einer Infektion, die er sich bei Ausübung seines Berufes zugezogen hatte.

Budapest. Dr. Karl Morelli, Universitätsdozent der Laryngologie und Zahnheilkunde, ist im Alter von 61 Jahren gestorben.

Bern. Als Nachfolger des verstorbenen Dr. J. F. Schmid ist dessen langjähriger Mitarbeiter Dr. Henri Currière zum Vorsteher des schweizerischen Gesundheitsamts ernannt worden.

Gerichtliches.

Leipzig. Das Reichsversicherungsamt hat in einer Entscheidung vom 4. April d. J. eine **Krankenkasse** zur Zahlung der **Kosten einer Röntgenbehandlung** durch einen Nichtkassenarzt verurteilt, welcher von dem Patienten zugezogen worden war, nachdem die Kasse auf das Votum des ursprünglich behandelnden Kassenarztes die Ueberweisung an den Kassenspezialarzt abgelehnt hatte. — Die Entscheidung des Reichsversicherungsamtes beruht der Hauptsache nach auf der Erwägung, daß eine Röntgenbehandlung nicht zu den „Heilmitteln" im Sinne der Reichsversicherungsordnung gehöre, sondern als selbständige sachgemäß nur von einem Arzt zu leitende Behandlung angesehen werden müsse.

Lübeck. Ein Apotheker, der versehentlich für das hiesige Allgemeine Krankenhaus eine Lösung von Atropinsulfat in dem Zehnfachen der ärztlich vorgeschriebenen Stärke (0,04 Prozent) ausgeführt hatte, wodurch der Tod einer und schwere Vergiftung einer anderen Patientin veranlaßt wurden, wurde unter Zubilligung mildernder Umstände wegen **fahrlässiger Tötung** und **fahrlässiger Körperverletzung** zu einer Gesamtstrafe von drei Monaten Gefängnis verurteilt.

Verschiedenes.

Berlin. Am 27. Mai, an dem sich zum sechsten Male der Todestag des berühmten Forschers jährte, wurde das auf dem Luisenplatz gegenüber dem Kaiserin-Friedrich-Haus für das ärztliche Fortbildungswesen errichtete, von Tuaillon geschaffene **Denkmal Robert Kochs** im Beisein der Kronprinzessin mit einer schlichten Feier enthüllt. Die Festrede hielt der jetzt im Ruhestand lebende Schüler und Amtsnachfolger Kochs Wirkl. Geh. Ober-Med.-Rat Prof. Dr. Gaffky, worauf Oberbürgermeister Wermuth namens der Stadt das Denkmal mit einer Ansprache übernahm. Anläßlich der Feier hat Prof. Dr. Adam im Kaiserin-Friedrich-Haus eine Ausstellung von Erinnerungsgegenständen an Robert Koch veranstaltet.

Tübingen. Das **Deutsche Institut für ärztliche Mission** ist durch ein Tropenkrankenhaus erweitert worden. Es dient der Ausbildung von Tropenärzten und der Unterweisung des für tropische Missionsgebiete bestimmten Pflegepersonals.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: San.-Rat Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil S. Caspari, Berlin-Schöneberg
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW. 68, Alexandrinenstraße 110.

85. Jahrgang **Berlin, 10. Juni 1916** **No. 24**

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen,
Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Steinplatz 105 56

85. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W. 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Referate.

Dr. **Eugen Széczy** (Budapest): **Die Behandlung des Typhus abdominalis mit Besredkas Vakzine.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1915, No. 33.)

Verf. wandte bei 122 Fällen von Typhus abdominalis die Besredkasche Vakzinetherapie an. Die Besredkasche Vakzine wird durch Behandlung von lebenden Typhusbazillen mit tierischem Immunserum gewonnen. Verf. wandte diese Vakzine subkutan an. Nachdem er anfangs die Vakzine in schwächerer Dosierung gegeben hatte, dabei zwar eine deutliche Abkürzung der Krankheit, nicht selten jedoch Rezidive gesehen hatte, erwies sich folgende Dosierung als besonders wirksam. Von der Besredkaschen Vakzine, welche nicht älter als 10—12 Tage ist und bei der in je 1 ccm ½ Platinöse Typhusbazillen vorhanden sind, werden an 4 aufeinanderfolgenden Tagen bei von 1 auf 4 ccm steigender Dosis zusammen 10 ccm mit 5 Platinösen Typhusbazillen dem Kranken subkutan in die Bauchwand eingespritzt. Die Dauer der Krankheit wird hierdurch auf 6—8 Tage (die 4 Impftage eingerechnet) beschränkt; irgendwelche unangenehmen lokalen oder allgemeinen Nebenwirkungen werden nicht beobachtet. Bei dieser Art der Vakzinebehandlung kamen in ¼ der Fälle Rezidive vor; und die eventuell auftretenden rezidivartigen Temperatursteigerungen werden durch eine wiederholte subkutane Injektion der letzten Dosis, d. h. 4 ccm, kritisch oder in 1—2 Tage dauernder langsamer Lysis vollständig beseitigt. Die Besredkasche Vakzinebehandlung reduziert die Mortalität auf ein Minimum (in Verfassers Fällen auf 2 Proz.). Die Behandlung ist so einfach, daß sie auch in der Privatpraxis jederzeit ohne Schwierigkeit durchgeführt werden kann.

Privatdozent Dr. **Rudolf Krefting** (Christiania): **Syphilisbehandlung ausschließlich mit Salvarsan.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1915, No. 33.)

Verf. hat im Laufe von 4 Jahren 718 Luetiker mit Salvarsan behandelt, er hat fast ausschließlich sich der intravenösen Infusionen von verdünnten Salvarsanlösungen bedient, und hat 3200 Infusionen ambulatorisch gemacht, nur drei Patienten wurden klinisch behandelt. Verf. hat, trotzdem er durchgehends starke Dosen anwendete, niemals bedrohliche Erscheinungen nach der Salvarsanbehandlung beobachtet; mit wenigen Ausnahmen waren alle Behandelten am nächsten Tage wieder arbeitsfähig. Hinsichtlich der therapeutischen Wirkung kommt Verf. auf Grund seiner Erfahrungen zu folgenden Ergebnissen. 1. Die ausschließlich mit Salvarsan streng durchgeführte Behandlung der Syphilis scheine ebenso erfolgreich zu sein wie die gemischte Hg-Salvarsanbehandlung. 2. Bei primären Fällen erzielt man, sofern sich das nach der Erfahrung einiger Jahre beurteilen läßt, durch 3—5 mit etwa 14 tägiger Zwischenzeit und in starken Dosen verabreichte Salvarsaninfusionen fast ausnahmslos Heilung. 3. Eine bestimmte Regel für die Salvarsanbehandlung in sekundären Fällen läßt sich zurzeit nur schwer aufstellen. Doch muß die Behandlung geraume Zeit durchgeführt werden. Nachdem die Wassermann-Reaktion negativ geworden ist, muß die Behandlung noch eine Zeitlang fortgesetzt werden. 4. Eine eigentliche Kontraindikation für Salvarsanbehandlung, die in jeglichem Syphilisfall zur Anwendung kommen kann, sollte nicht aufgestellt werden. R. L.

Maria Toepelmann, Laborat.-Assistentin an d. Akademischen Klinik für Hautkrankheiten in Düsseldorf: **Beitrag zur Bewertung der Wassermann-Reaktion.** (Dermatol. Wochenschrift, Bd. 62, No. 14.)

Die Ausführungen Bendigs in No. 50 (1915) der Dermatologischen Wochenschrift, die den diagnostischen Wert der Wassermann-Reaktion sehr gering anschlagen, und die ein kurzer Ueberblick über die eigenen Untersuchungen der Verfasserin nicht zu bestätigen schien, veranlaßten sie betreffs weiterer Klärung der Frage zu einer Reihe von Untersuchungen, über die sie hier berichtet. Ihr Material umfaßt 70 Luetiker, 80 Gonorrhoefälle, 110 Hautkranke und 170 Fälle innerer Krankheiten. Die letzteren ausgenommen, wurden die Untersuchungen in Abständen von 8 Tagen 5—6 Wochen lang fortgesetzt. Angewandt wurde die Originalmethode. Die Untersuchungen der Verfasserin bestätigen die von Prof. Dr. Stern und anderen Aerzten wiederholt geäußerte Ansicht, eine positive Wassermann-Reaktion, falls sie allen Nachuntersuchungen im Zeitraum einiger Wochen standhält, als sicheres Zeichen einer luetischen Infektion anzusehen, vorausgesetzt, daß bei dem betreffenden Patienten Tuberkulose und konsumierende Krankheiten, besonders Sarkome, ausgeschlossen sind.

Dr. **E. Wernecke** (Schlachtensee-Fichtenhof): **Laudanon in der Psychiatrie.** (Berl. klin. Wochenschr., 1916, No. 15.)

Laudanon ist ein Opiumpräparat, das ein Gemisch von sechs salzsauren Opiumalkaloiden in bestimmten Mengenverhältnissen enthält. Hergestellt wird es von der Firma C. H. Boehringer Sohn (Niederringelheim a. Rh.). Es ist ein wasserlösliches Opiumpräparat, das sich vor allen Dingen durch seine konstante Zusammensetzung auszeichnet. 1 ccm dieses Präparates enthält Morphin 10 mg, Narkotin 6 mg, Codein 1 mg, Papaverin 2 mg, Thebain 0,5 mg und Narcein 0,5 mg. Außerdem wurde für Empfindliche Laudanon II dargestellt. Letzteres enthält außer den übrigen Alkaloiden nur 2 mg Narkotin, 0,1 mg Papaverin und 0,1 mg Narcein. Die Originalpackung in Tabletten (0,01) entspricht 0,005 Morphin pro Tablette, das Laudanon in Ampullen (0,02) als Injektionsflüssigkeit 0,01 Morphium pro Ampulle. Verf. hat Laudanon seit einigen Monaten bei der Behandlung von Gemütskranken angewendet. Das Mittel wurde ausnahmslos gut vertragen, irgendwelche unangenehmen Nebenerscheinungen hat er nicht feststellen können. Bei der Bekämpfung von leichteren psychomotorischen

Erregungszuständen und allerlei Angstzuständen, wie sie im Verlauf von Katatonie, manisch-depressivem Irresein usw. vorkommen, kam Verf. schon mit der Darreichung von 3 Tabletten täglich in Verbindung mit einem Derivat der Barbitursäure abends gut aus. Eine Steigerung auf 6 Tabletten war nur selten nötig. Bei stärkeren Graden, auch in lange anhaltenden Fällen von Erregung, wo man gern in der Darreichung von Sedativen, wie Trional, Veronal und andere Hypnotica der Fettreihe, tagsüber eine Abwechselung wünscht, besonders auch dort, wo es sich bei Weigerung, Beruhigungsmittel per os zu nehmen, darum handelt, die Patienten unbedingt ruhiger zu stellen, taten wiederholt angewandte Injektionen von 0,02 Laudanon gute Dienste. Bei der Behandlung der Melancholie durch eine sog. Opiumkur zieht Verf. die tägliche tropfenweise Steigerung und späteres Abfallen in gleicher Weise der Darreichung derselben Dosis vor, für diese Fälle ist die inzwischen eingeführte Herstellung von Laudanonlösung zum internen Gebrauch wünschenswert. Mischungen von 0,04 Laudanon + 0,0004 Scopolamin. hydrobrom. (ebenfalls von der genannten Fabrik in 1,1 ccm fassenden Ampullen hergestellt) waren in der Lage, bei stärksten Erregungen bezw. in doppelter Ration in 24 Stunden gegeben, eine Beruhigung und Schlaf herbeizuführen. Kr.

Dr. **Rosa Friedländer** (Berlin): **Ueber Foligan, ein neuartiges Sedativum.** (Deutsche med. Wochenschr., 1915, No. 32.)

Foligan ist ein aus den Orangeblättern dargestelltes Präparat, welches von der Firma Dr. Georg Henning (Berlin) hergestellt wird und von Dr. Heinrich Epstein (Prag) zuerst als Sedativum empfohlen wurde. Foligan kommt in Tablettenform in den Handel. Verf. hatte Gelegenheit, das Foligan bei einer Anzahl von kranken Frauen anzuwenden. In der Mehrzahl der Fälle wurde eine deutliche sedative Wirkung des Mittels beobachtet, und zwar hauptsächlich bei Kranken, die an Epilepsie, Hysterie oder Neurasthenie litten. Die Foligantabletten wurden von den Kranken gern genommen und wirken bis zu einem gewissen Grade auch als Stomachicum. Die Tabletten werden in heißem Zuckerwasser gegeben. Die Dosis beträgt 2—3 Stück pro die.

Dr. **Walter Enderle** (Berlin-Schöneberg): **Epidurale Injektion.** (Deutsche med. Wochenschr., 1915, No. 33.)

Nach den Erfahrungen des Verfassers sind die epiduralen Injektionen in erster Linie indiziert bei alten rezidivierenden, den üblichen Behandlungsmethoden trotzenden Ischiasfällen, ferner zu empfehlen bei allen neuralgischen Anfällen im Bereich der unteren Extremitäten ohne Vernachlässigung der übrigen therapeutischen Hilfsmittel, ernstlich eines Versuches wert bei gastrischen Krisen, bei Enuresis der Kinder, überhaupt bei funktionellen Störungen des Urogenitalapparates. Die Technik ist einfach. Es werden bei Knieellenbogenlage des Kranken 20 ccm steriler physiologischer Kochsalzlösung durch den Hiatus sacralis eingespritzt, wobei darauf zu achten ist, daß man nicht zu tief, d. h. zu sehr distal einsticht. Die Nadel wird unter einem Winkel von etwa 45 Grad eingestochen, bis man durch das Ligament hindurch ist, was man an dem verminderten Widerstand merkt; die Nadel wird dann um die Hälfte des Winkels gesenkt und so weit als möglich vorgeschoben (gewöhnlich um 4—6 cm) und die Lösung langsam körperwarm eingespritzt. Verf. hat bei zahlreichen so ausgeführten epiduralen Injektionen niemals eine Schädigung des Kranken erlebt. R. L.

Dr. **Marcello Labor: Ueber Erfrierung ersten Grades und ein wichtiges Symptom derselben.** (Der Militärarzt, 1915, No. 12.)

Verf. berichtet über das Phänomen der laterolateralen Druckschmerzhaftigkeit des Fußes, wie er es kurz nennt, das Prof. Hamburger beobachtete und das in der heftigen Schmerzhaftigkeit der Kompression des Fußes in der Höhe der Metatarsalköpfchen bei an Erfrierung ersten Grades leidenden Soldaten besteht. Mit dem Nachweise der laterolateralen Druckschmerzhaftigkeit ist die Diagnose bei beginnenden Erfrierungszuständen erleichtert und dieser Nachweis kann besonders vom Feldarzt zur rechtzeitigen Erkennung von Kälteschädigungen und Vermeidung von nicht mehr gutzumachenden tiefgreifenden Störungen angewandt und gewürdigt werden. Das oben erwähnte Phänomen wird leicht hervorgerufen, indem man mit voller Hand den Fuß des Kranken faßt, wobei Daumen und Zeigefinger auf die Capitula metatarsi I u. V drücken. Die schmerzhafte Reaktion ist gewöhnlich so ausgesprochen, daß man von einer Abwehr sprechen kann; der Fuß wird zurückgezogen, so daß in den meisten Fällen die Beobachtung eindeutig und klar ausfällt. Interessant ist dabei, daß die dorso-plantare Kompression den Abwehrreflex nicht auslöst; höchstens klagen die Kranken, daß der Druck schmerzhaft sei. Ebenso negativ fällt der Druck in der Gegend der Fuß- und Sprunggelenke oder am unteren Drittel der Unterschenkel aus. Von einer Erklärung sieht Verf. vorläufig ab. Man kann nur sagen, daß das Symptom wahrscheinlich von den noch nicht genau bekannten Knochenveränderungen bei Erfrierungszuständen abhängt. In der angegebenen Richtung ist der Druck, von Köpfchen auf Köpfchen, am wirksamsten.

Stabsarzt Dr. **E. Kuhn** (Schlachtensee): **Heilung der Zahn-Pyorrhoe durch Einspritzung von reinem Wasserstoffsuperoxyd.** (Medizin. Klinik, 1916, No. 8.)

Wie jede Eiterung muß die Pyorrhoe nach chirurgischen Grundsätzen behandelt werden. Die Schwierigkeit der Behandlung liegt darin, daß es nicht leicht ist, dem Eiter aus dem engen Spalt in der Tiefe der Alveole Abfluß zu verschaffen und gleichzeitig ein bei diesem Leiden unumgänglich notwendiges Desinfektionsmittel in alle Buchten der Eiterherde in der Alveole gelangen zu lassen. Die Krankheit zeigt keine Neigung zur Spontanheilung, solange der Zahn in der Alveole steckt. Deshalb ist es nötig, die bei dieser Krankheit zweifellos vorhandenen, wenn auch noch unbekannten besonderen Erreger durch ein kräftiges Desinfektionsmittel abzutöten. Das beste und stärkste Desinfektionsmitel für diese Zwecke ist Wasserstoffsuperoxyd. Dieses wird ja vielfach von Zahnärzten auch bei der Pyorrhoe angewandt, jedoch in der Regel verdünnt und mittels Instrumenten und Verfahren, welche das Wasserstoffsuperoxyd nicht überallhin in die Tiefe bringen. Man kann sich zu diesem Zwecke besonders gebogener flacher Spritzenkanülen (auf Verfassers Veranlassung bei Windler [Berlin] angefertigt) bedienen. Mit diesen Kanülen spritzt man reines Wasserstoffsuperoxyd (Perhydrol) unter Anwendung möglichst hohen Druckes in die Tiefe der Alveole. Es entsteht dabei ein mäßiges Brennen und Spannungsgefühl, welches nach wenigen Minuten verschwindet. Das Zahnfleisch des behandelten Zahnes wird dabei weiß, wie gefroren, wohl durch Anämie. Auch diese Erscheinung verschwindet nach einigen Minuten. Als Reaktion tritt dann 2—4 Tage lang eine geringe seröse Ausscheidung aus der Alveole ein, worauf sich das Zahnfleisch enger um den Zahn schließt und die Eiterung zurückgeht. Macht man eine Reihe von Wochen etwa alle 4—5 Tage (jedesmal nach Aufhören der Reaktion) diese Einspritzungen, so bemerkt man in der Regel mit Ueberraschung, wie die Eiterung mehr und mehr versiegt und schließlich ganz fortbleibt und wie selbst schon völlig haltlose Zähne wieder fest und gebrauchsfähig werden.

Oberarzt Dr. **David Turnheim: Beitrag zur Therapie der gonorrhoischen Nebenhodenentzündung und des Ulcus molle urethrae.** (Wiener medizin. Wochenschr., 1916, No. 8.)

Verf. berichtet über auffällig günstige Beeinflussung der entzündlichen Nebenhoden durch Antipyrin. Das Antipyrin, in kleinen Dosen 2—3 mal täglich zu 0,5 gegeben, hat schon bald nach Darreichung zu einer bemerkenswerten Linderung der Schmerzen geführt. Die Kranken geben an, daß manchmal eine halbe Stunde nach der Einnahme des Mittels die vorhandenen Schmerzen ganz verschwunden waren, bei manchen genügte die erste Dosis für einen Tag und eine Nacht, bei anderen mußte sie wiederholt werden. Der tatsächliche Erfolg bestand in rascher Abnahme der Schmerzen und infolgedessen Besserung des allgemeinen Befindens bei einem ungestörten, längeren Nachtschlaf. Nach 2—5 Tagen verlangten die Kranken keine Antipyrinpulver mehr, und da konnte man schon die zweite günstige Beeinflussung des Zustandes bemerken. Im schmerzlosen Stadium ging auch die Schwellung des Nebenhodens mit wechselndem Tempo zurück. Manchmal konnte man fast von einer kupierenden Wirkung sprechen. Die Betastung des Nebenhodens wies zu dieser Zeit eine mehr oder weniger ausgesprochene Schwellung auf. Es bestanden aber keine Schmerzen und keine Druckempfindlichkeit mehr. Bei entsprechender resorbierender Behandlung (Jod, Guajakol, Vaselin 10 proz.) ging auch bald der Nebenhoden auf seine normale Größe zurück. Sodann bespricht Verf. die Therapie des weichen Geschwürs in der Urethra. Nachdem verschiedene Urethralstifte und Antiseptica in Pulverform nicht den günstigen, raschen Erfolg hatten, versuchte Verf. die Geschwüre mit Kupfersulfateinspritzungen zu heilen. Der Erfolg war schon nach einigen Tagen sehr günstig. Die einmal täglich vorgenommenen Einspritzungen einer 5 proz. Kupfersulfatlösung führten bald zu einer Reinigung der Geschwürflächen und Abklingen der entzündlichen Erscheinungen. Nach den Kupfereinspritzungen, als die Geschwürfläche sich gereinigt hatte, griff Verf. zu den Zinksulfateinspritzungen und kann auf Grund der etwa 15 behandelten Fälle von Ulcus urethrae berichten, daß alle längstens binnen 2 Wochen geheilt waren.

Dr. **H. Fründ**, Assistent d. chir. Klinik zu Bonn: **Unsere Erfahrungen mit der Makkasschen Operation der Blasenektopie.** (Beiträge z. klin. Chir., Bd. 99, H. 1.)

Die Makkassche Operation wird in zwei Sitzungen ausgeführt. Bei der ersten Operation wird von einem rechtsseitigen transrektalen Längschnitt aus das Coecum ausgeschaltet. Die Kotpassage wird durch Anastomose zwischen Ileum und

Colon transversum wieder hergestellt. Das blind in sich geschlossene, ausgeschaltete Coecum erhält eine Kommunikation mit der Außenwelt durch die Appendix, welche zu diesem Zweck schräg durch die Bauchdecken nach außen geleitet wird. Nach Abtragung ihrer Spitze bildet sie eine Art Harnröhre für die spätere künstliche Harnblase. In der zweiten Sitzung wird dann das Trigonum mit den Ureterenostien umschnitten und nach genügender Mobilisation in den unteren Pol des Coecums eingepflanzt. Die Implantation erfolgt intraperitoneal, die Bauchdecken werden darüber vollkommen geschlossen. Die Makkassche Operation hat von verschiedenen Seiten Abänderungen erfahren. Eine von Lengemann vorgeschlagene und an einem Patienten erprobte Modifikation besteht darin, daß mit dem Coecum einerseits das ganze Colon ascendens und andererseits vom Ileum ein etwa 30 cm langes Stück ausgeschaltet wird. In dieses wird dann extraperitoneal das Trigonum mit den Ureteren eingepflanzt. Die hierdurch bedingten Vorteile sollen folgende sein: 1. die lange Dünndarmschlinge gestattet, eine Vereinigung zwischen der neugebildeten Blase und dem Blasenrest ohne jede Spannung anzulegen. 2. Die Vereinigung kann extraperitoneal vorgenommen werden. 3. Durch Ausschaltung des ganzen Colon ascendens wird eine Kotrückstauung in dem blindgeschlossenen Dickdarmende vermieden. Lengemann hat mit dieser Methode bei einer Patientin, deren karzinomatöse Blase exstirpiert worden war, einen guten Erfolg erzielt. Die Kontinenz der neugebildeten Blase betrug 500 ccm. Die Entleerung wurde durch häufiges Einführen eines Katheters bewirkt. Infektion der Harnwege trat nicht ein. Außer von Lengemann sind noch durch Fink und Roloff Vorschläge zur Abänderung des Makkasschen Verfahrens gemacht worden, deren Wert als Verbesserung der ursprünglichen Methode mehr oder weniger zweifelhaft erscheint. Von diesen Abänderungen des Makkasschen Verfahrens ist die von Lengemann angegebene die weitaus beachtenswerteste, und bei den 5 Fällen von Blasenektopie, die seit 1910 in der Bonner chirurgischen Klinik operiert wurden, hat nur das Lengemannsche Verfahren Berücksichtigung gefunden, neben und in Kombination mit der Makkasschen Originalmethode. Verf. unterzieht die Vor- und Nachteile beider Verfahren am Schluß einer kritischen Betrachtung. Indem Verf. seine bisherigen Erfahrungen betrachtet, gesteht er zu, daß die Zahl der Mißerfolge relativ groß ist. Zum nicht geringsten Teile schreibt er dies dem Umstande zu, daß die Operationen von drei verschiedenen Operateuren ausgeführt worden sind, von denen jeder erst sein Lehrgeld zahlen mußte. Bei der Ausbildung einer neuen Methode ist es aber von größter Wichtigkeit, daß zunächst der Autor allein seinen Gedanken ausbaut. Dies zu tun, war Makkas aus äußeren Gründen nicht vergönnt. Was die Methode zu leisten vermag, zeigen aufs deutlichste die geheilten Fälle, und auf Grund dieser Resultate glaubt Verf. in Uebereinstimmung mit Lengemann behaupten zu können, daß die Makkassche Operation das ideale Verfahren zur Beseitigung der Blasenektopie darstellt. Kr.

Dr. **Küpferle** und Prof. Dr. **A. v. Szily** (Freiburg i. B.): **Ueber Strahlentherapie bei Hypophysentumoren.** (Deutsche med. Wochenschr., 1915, No. 31.)

v. Szily hat früher darauf hingewiesen, daß der fortschreitende Verfall der Sehschärfe und des Gesichtsfeldes bis nahe an die Mittellinie oder über diese hinaus bei sichergestellter Hypophysistumordiagnose eine strikte Indikation zum operativen Vorgehen darstellt. Es sind von den Rhinologen Verfahren ausgearbeitet worden, auf verhältnismäßig ungefährlichem Wege an die Hypophyse heranzukommen. Uebrigens verfügen die Verfasser über Fälle, bei denen sich die Sehkraft und das Gesichtsfeld bei rein interner Behandlung mit gehäuften Joddosen resp. mit Hypophysintabletten und Jod längere Zeit gut erhielten, ja zeitweise besserten. Zu den internen Behandlungsmethoden ist in neuester Zeit die Bestrahlungstherapie als Hilfsmittel gegen die Hypophysentumoren getreten. Die Verfasser berichten über einen Fall, bei welchem ein Endotheliom der Hypophysis vorher nach der Methode von Chiari-Kahler von der Orbita aus soweit möglich entfernt worden war mit gutem funktionellen Erfolg für das Sehvermögen. Etwa nach 5 Monaten trat wieder eine fortschreitende Abnahme der Sehschärfe ein, bis zu fast völliger Erblindung. Die Röntgenaufnahme ergab eine erneute Vergrößerung des Tumorschattens. Es wurde nun eine Bestrahlungstherapie begonnen. Zunächst nahm das Sehvermögen bis zur vollständigen Amaurose ab; die Bestrahlung wurde trotzdem fortgesetzt; nach einiger Zeit trat eine schnelle Besserung ein, das Sehvermögen des rechten Auges stieg auf $^{6}/_{24}$, das des linken Auges auf Fingerzählen in ½ m. Es wurde von 20 verschiedenen Einfallspforten aus mit harten gefilterten Röntgenstrahlen in Richtung auf die Sella turcica bestrahlt. Außerdem wurde vom Mund aus mittels eines geeigneten Trägers mit Mesothorium bestrahlt. Die Besserung hat sich bisher 7 Monate lang gehalten. Auch einige andere Autoren haben über Besserung von Hypophysentumoren bei Strahlungsbehandlung berichtet. R. L.

Prof. Dr. **A. Ritschl** (Freiburg i. B.): **Plastische Osteotomie bei winkligen Knochenverkrümmungen.** (Wiener medizinische Wochenschr., 1916, No. 7.)

Bis vor nicht langer Zeit galt die Regel, daß winklige Knochenverkrümmungen mit der Fortnahme eines Keiles aus dem verkrümmten Abschnitt des Knochens zu behandeln seien. Mit dieser Maßnahme verliert der Knochen naturgemäß einen Teil seiner Länge. Verf. hat aus diesem Grunde, wenn irgend möglich, derartige Verkrümmungen durch die Osteotomie in der Weise angegriffen, daß er die Trennung linienförmig von der gehöhlten Seite aus vornahm, dadurch den Knochen schwächte und nun die Geraderichtung mit der Hand besorgte. Hierbei kommt es an den der gewölbten Seite der Verkrümmung zu gelegenen Knochenabschnitten gewöhnlich dazu, nicht daß ein vollständiger Bruch, sondern nur ein Knick entsteht, ferner daß die Ränder der Meißelwunde nun winklig mehr oder minder voneinander klaffen. Sind die Widerstände in den Weichteilen nicht etwa erheblich und die Hebelverhältnisse günstig, so kann man die verbesserte Form durch einen Gipsverband so lange aufrecht erhalten, bis sich der Spaltraum im Knochen mit neugebildeter Knochenmasse hinreichend gefüllt hat. Bei rachitisch verkrümmten Beinen, bei denen man wohl mit am häufigsten derartige Eingriffe vorzunehmen hat, tritt im Laufe von 4—6 Wochen eigentlich regelmäßig die Heilung in dieser Weise völlig befriedigend ein. Anders in den Fällen, wo es aus äußeren Gründen schwierig ist, die verbesserte Form sicher aufrecht zu erhalten. Kann man in solchen Fällen, da die Seite der Wölbung unberührt bleibt, sehr wohl von dem vom Verfasser empfohlenen Verfahren Gebrauch machen, auf die gewölbte Seite mit Hilfe eines Schnallgurtes, der um seitliche Pfeiler in einem gefensterten Gipsverband herumgeleitet ist, einen abstufbaren und genau zu überwachenden Druck auszuüben, so setzt auch dieses Verfahren voraus, daß hinreichend lange Hebelarme vorhanden sind. Nun kann man aber noch die winklige Spalte nach der Durchtrennung und Knickung des Knochens dadurch in wünschenswertem Maße klaffend erhalten, daß man sie mit einem von dem gleichen oder auch einem ferngelegenen Knochen entnommenen Knochenstück ausfüllt.

Magister **Adolf Krause: Ein neues Feldbett.** (Der Militärarzt, 1916, No. 12.)

In den mobilen Spitälern erweist es sich als notwendig, besonders bei längeren Etablierungen, Betten zu improvisieren. Es werden gewöhnlich Bettgestelle gezimmert, die viel Material und Arbeit erfordern und dann doch zurückgelassen werden müssen. So hat sich der Gebrauch eingebürgert, Feldtragen als Betten zu verwenden. Diese nehmen durch die langen Stangen viel Raum ein und behindern den Verkehr. Wegen der Lagerung des Kranken in geringer Höhe ist seine Behandlung und Pflege sehr ermüdend und erschwert. Aus diesen Erwägungen wurde ein neues Feldbett konstruiert. Es besteht aus 2 Stangen von 175 cm Länge, die durch 2 Holzkreuze gestützt werden. Die Verbindungen werden am Kopfende durch Nieten, am Fußende durch Flügelschrauben hergestellt. Die Stabilität ist durch zwei an den Holzkreuzen befestigte Eisenstäbe gesichert, die in entsprechende Oesen an den Längsstangen eingehakt werden. Durch Zusammenklappen der Kreuze und Einschlagen derselben zwischen die Längsstangen wird das ganze Bett auf ein Volumen von $175 \times 12 \times 12$ cm gebracht. Der Segeltuchüberzug besitzt einen breiten Saum, der nach Abnahme des einen Holzkreuzes über die beiden Stangen geschoben wird. 2 Löcher in dem Saume lassen die Oesen durchtreten. Um ein Breiterwerden des Bettes durch Dehnung des Bezuges zu vermeiden, sind 2 Schenkel der Holzkreuze durch 2 einfache Eisenspangen verbunden. Am Kopfende des Ueberzuges sind zwei gebogene Stützen aus Flacheisen angenäht, die in passende Oeffnungen der Fußgestelle eingesteckt werden, um so eine Erhöhung für den Kopf zu erzielen.

Dr. **Rudolf Goldmann**, Ohrenarzt (Iglau): **Einige Methoden zur Entlarvung der Simulation von Schwerhörigkeit oder Taubheit.** (Der Militärarzt, 1916, No. 6.)

Wenn der Untersuchte nur Flüster- oder Konversationssprache aus nächster Nähe hören will, weil er die Nähe des Untersuchers trotz geschlossener Augen wahrnimmt (durch den Sprechhauch, vielleicht auch durch die Wärmeausstrahlung), dann läßt man durch eine unbemerkt sich zugesellende zweite respektive dritte Person den Untersuchten berühren oder anhauchen, während der Untersucher selbst sich allmählich entfernt. Aehnlich verfährt man bei der Prüfung mit der Uhr, wenn der Untersuchte sie nur beim Anlegen zu hören vorgibt. Bei der Prüfung mit Zahlen oder Worten ist das wiederholte

Aussprechen der Zahlen, die einmal richtig nachgesprochen wurden, bei wechselnder Entfernung, ferner zuerst die einfachen Zahlen, und sobald einzelne von ihnen richtig nachgesprochen werden, die Kombination derselben zu empfehlen. So wird das beliebte Nichtverstehenwollen der höheren Zahlen mit Leichtigkeit widerlegt. In manchen Fällen führt die Methode von Marx rasch zum Ziele: die Báránysche Lärmtrommel, die im Notfalle durch eine nicht zu laute Weckuhr ersetzt werden kann, wird in respektive an das gesunde Ohr gebracht und der Patient gefragt: „Hören Sie das?" Unter entsprechenden Kautelen (Augen schließen lassen, Zuhilfenahme einer Hilfsperson, welche die Frage stellt oder die Lärmtrommel anlegt) läßt sich ein annäherndes Urteil über die Hörfähigkeit des zu untersuchenden Ohres gewinnen, falls nicht die List durchschaut wird, da ja das gesunde Ohr durch die Lärmtrommel vom Hörakt ausgeschlossen ist. Bei Vorgabe von einseitiger oder beiderseitiger hochgradiger Schwerhörigkeit oder Taubheit führt die Prüfung der vestibulären Erregbarkeit, am bequemsten durch Ausspülen mit kaltem Wasser, in vielen Fällen rasch zum Ziele. Normalerweise tritt hierbei bereits nach wenigen Sekunden Nystagmus zur entgegengesetzten, beim Rombergschen Versuche Fallneigung zur ausgespülten Seite, Schwindel und Scheinbewegung der Umgebung, ein. Läßt diese Reaktion beim Spülen längere Zeit (eine halbe Minute und länger) auf sich warten oder bleibt gänzlich aus, dann besteht die verminderte oder erloschene Erregbarkeit des vestibulären Anteils des Gehörnerven, welche in der Regel mit einer Untererregbarkeit des kochlearen Anteils verbunden ist.

Dr. **Heinrich Bergemann** (Husum), zurzeit Stabsarzt in einem Kriegslazarett: **Zeitweiser Ersatz von Gläsern mit gemischtem Schliff („kombinierten" Gläsern) durch Brille mit Vorhänger.** (Berl. klin. Wochenschr., 1916, No. 13.)

Die Beschaffung von Gläsern mit gemischtem Schliff macht im Felde zuweilen Schwierigkeiten. In diesen Fällen empfiehlt Verf. folgendes Verfahren: Die erforderlichen Gläser werden angefordert auf dem vorgedruckten „Antrag auf Beschaffung einer im Brillenvorratskasten nicht vorhandenen Brille". Der Soldat bekommt eine Brille mit dem entsprechenden Zylinderglas im Hauptgestell, dem kuglig geschliffenen Glasausgleich seines Brechungsfehlers in einem Vorhängegestell, das dem Hauptgestell vorgehängt wird. Mit dieser Brille geht er am selben Tage zu seiner Truppe zurück. Seine Truppe bekommt eine ärztliche Benachrichtigung, daß er mit dieser Viergläserbrille nicht für jeden Dienst in vollem Umfange verwendbar ist, weil sie nicht so leicht wie eine gewöhnliche Brille von Staub, Nässe und dergleichen freizuhalten ist. Sobald die Einzelgläser eingetroffen sind, wird dem Truppenteil die neue Zweigläserbrille zugestellt mit der Anweisung, die Viergläserbrille an die Augenabteilung zurückzugeben. Diesen zeitweisen Ersatz hat Verf. in den letzten drei Monaten bei einer Anzahl von Leuten angewandt und durchaus günstige Erfahrungen beobachtet. Kr.

II. Tagesgeschichte.

Standesangelegenheiten, Medizinal-Gesetzgebung, soziale Medizin etc.

Berlin. In verschiedenen Kleinstädten und ländlichen Ortschaften der Provinz Ostpreußen, in denen es an einer ausreichenden ärztlichen Versorgung der Bevölkerung zurzeit mangelt, finden zuziehende jüngere **Aerzte** lohnende Privatpraxis. Es besteht die Aussicht, ihnen in besonderen Fällen Einkommenzuschüsse zu gewähren, wenn sie die Verpflichtung übernehmen, die ärmere Bevölkerung, soweit sie nicht der Krankenversicherungspflicht unterliegt, unentgeltlich zu behandeln. Nähere Auskunft über die einschlägigen Verhältnisse erteilt der Regierungs- und Medizinalrat in jedem der drei Regierungsbezirke Königsberg, Gumbinnen und Allenstein.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Der bekannte Ophthalmologe Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Julius Hirschberg ist von der Berliner medizinischen Gesellschaft zum Ehrenmitglied gewählt worden.

— Der Privatdozent der inneren Medizin Dr. Friedrich Gudzent hat den Professortitel erhalten.

Posen. Der Privatdozent der inneren Medizin Prof. tit. Dr. Siegfried Schönborn in Heidelberg ist zum leitenden Arzt der inneren Abteilung des hiesigen Stadtkrankenhauses gewählt worden.

Hamburg. Als Opfer seines Berufs starb der Arzt Dr. Grumbrecht, der von einem Patienten in seiner Sprechstunde erschossen wurde, weil er dessen Forderung, ihn arbeitsunfähig zu schreiben, nicht wider seine Ueberzeugung hatte willfahren wollen.

Rostock. Der Ordinarius der Hygiene Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Ludwig Pfeiffer ist zum 1. Oktober als Medizinalreferent in das Staatsministerium berufen worden.

Tübingen. Kurz vor Vollendung des 70. Lebensjahres ist hierselbst der hervorragende Chirurg Wirkl. Geh. Rat Prof. Dr. Paul v. Bruns, bis 1910 Direktor der hiesigen chirurgischen Universitätsklinik, gestorben. Seine akademische Tätigkeit ist ausschließlich der Universität Tübingen zugute gekommen, wo er 1846 als Sohn des dort wirkenden berühmten Chirurgen Prof. Victor v. Bruns geboren war. Nachdem er 1871 bis 1877 sich als Assistent seines Vaters seine besondere Ausbildung als Chirurg erworben und sich 1875 für Chirurgie habilitiert hatte, wurde er 1877 zum außerordentlichen und 1882 als Nachfolger seines Vaters zum ordentlichen Professor ernannt. 1910 trat er in den Ruhestand. Die Chirurgie hat v. Bruns vornehmlich durch seine Arbeiten über Kehlkopf- und Kropfoperationen sowie seine Forschungen zur Kriegschirurgie gefördert. Auch auf dem Gebiete der wissenschaftlichen Publizistik seines Sonderfaches hat er eine verdienstvolle Tätigkeit entfaltet; er begründete die „Beiträge zur klinischen Chirurgie", verband sich mit v. Bergmann und Mikulicz zur Herausgabe des großen „Handbuchs der klinischen Chirurgie" und gab mit v. Bergmann die „Deutsche Chirurgie" heraus.

Wien. Im Alter von 46 Jahren starb unerwartet der außerordentliche Professor der inneren Medizin Dr. Wilhelm Türk, Primarius einer inneren Abteilung des Franz-Josefs-Spitals. Er war ein Schüler des Klinikers v. Neusser und hat sich besonders als Forscher auf dem Gebiet der Blutkrankheiten einen angesehenen Namen in der Wissenschaft erworben.

Gerichtliches.

Berlin. Mit der Frage, ob ein Patient, der den ihn behandelnden Arzt von der Schweigepflicht entbunden hat, nachträglich diese Erklärung zurücknehmen und dem Arzt die **Wahrung des Berufsgeheimnisses** wieder auferlegen kann, hatte sich kürzlich das Kammergericht zu befassen. Der betreffende Patient hatte dem Arzte die Erlaubnis erteilt, über seine Krankheit frei auszusagen. Hinterher waren ihm Bedenken gekommen und er hatte die Genehmigung zurückgezogen. Er stützte sich dabei auf ein früher ergangenes Urteil des Oberlandesgerichts Hamburg, das einen solchen Widerruf für zulässig erachtete. Der zwölfte Zivilsenat des Kammergerichts trat dieser Auffassung aber nicht bei, sondern entschied, daß die einmal erteilte Genehmigung zur Aussage des Arztes nicht zurückgenommen werden könne. Die erstere Erklärung sei als eine Prozeßhandlung anzusehen, die der Partei ungünstig sei. Als solche sei sie aber nicht zu widerrufen. (Nach „Voss. Ztg.")

Verschiedenes.

Berlin. Ueber einen die **Augenärzte** schon seit längerer Zeit beschäftigenden **Streit** sind durch eine Notiz der „Voss. Ztg." kürzlich zum ersten Male genauere Mitteilungen in die Oeffentlichkeit gedrungen. Wir entnehmen der genannten Zeitung darüber folgendes: Der Spezialarzt für Augenheilkunde Dr. med. Maximilian Graf Wiser ist Besitzer des Bades Liebenstein in Sachsen-Meiningen und leitender Arzt des dort von der Herzogin von Meiningen begründeten Sophie-Charlotte-Heims für Kriegsblinde. Gegen Dr. Graf Wiser und die von ihm vertretene Richtung in der Augenheilkunde hat sich unter den Inhabern von Lehrstühlen dieses Gebietes auf verschiedenen Hochschulen eine lebhafte Bewegung geltend gemacht, die sich nach einer Versammlung in Berlin zu einer von 22 Professoren gemeinsam beschlossenen Erklärung verdichtet hat. Gegen die Unterzeichner dieser Erklärung hat Graf Wiser beim Berliner Landgericht den Erlaß einer Verfügung beantragt, durch die den 22 Professoren verboten werden soll, Behauptungen, wie sie in jener Erklärung enthalten sind, gegen ihn zu veröffentlichen. Es haben in der Sache schon mehrere Termine stattgefunden, der Versuch einer gütlichen Beilegung der Streitsache ist aber gescheitert. Daneben läuft eine Privatklage, die Dr. Graf Wiser gegen den Universitätsprofessor und Geh. Medizinalrat, Direktor der Kgl. Augenklinik in der Charité Dr. med. Greeff angestrengt hat. In dieser Sache stand kürzlich Verhandlungstermin vor dem Schöffengericht Berlin-Mitte an. Es handelt sich um den Inhalt eines Briefes, den Geh. Rat Dr. Greeff an den Prof. Abel (Jena) gerichtet hat und der durch Zufall zur Kenntnis des Privatklägers gekommen ist. Auch in dieser Sache wurde ein Vergleich abgelehnt. Vor Verlesung des Eröffnungsbeschlusses erhob der Vertreter des Privatklägers den Einwand der Unzuständigkeit des Schöffengerichts, indem er darauf hinwies, daß Geh. Rat Dr. Greeff hier Am Karlsbad wohne und nach der Einteilung der Gerichtsbezirke für Groß-Berlin die Sache vor das Amtsgericht Berlin-Schöneberg gehöre. Der Gerichtshof beschloß, die Privatklage an das Schöffengericht Schöneberg zu verweisen.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: San.-Rat Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil S. Caspari, Berlin-Schöneberg
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW. 68, Alexandrinenstraße 110.

85. Jahrgang **Berlin, 17. Juni 1916** **No. 25**

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Steinplatz 105 56

85. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W. 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4 gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Die Kalkdarreichung

bei Knochenbrüchen und anderen Zuständen, sowie über eine einfache Methode der Kalkbestimmung im Urin.

Von

Dr. **B. Credé**, Chefarzt, und Dr. **G. Riebold**, Abt.-Arzt.

Seit dem Jahre 1906 wird der Bedeutung des Kalkes für die menschliche Ernährung erhöhte Aufmerksamkeit geschenkt. Vor drei Jahren haben Emmerich und Loew diese Frage wissenschaftlich gründlich untersucht und die Wichtigkeit einer genügenden Kalkzufuhr für den Körper so überzeugend nachgewiesen, daß es sich erübrigt, auf die theoretische Seite der Frage hier einzugehen. Franck und andere haben die Anschauungen und Schlußfolgerungen obiger Forscher bestätigt. Aus allen Arbeiten geht hervor, daß namentlich das Chlorcalcium diejenige Kalkverbindung ist, welche die schnellste und vollkommenste Aufnahme im Körper findet, weil sofort Calciumphosphat einerseits und Natriumchlorat andererseits gebildet wird, welch letzteres wieder Salzsäure für die Verdauung abspaltet. Unangenehm ist bei dem Chlorcalcium, daß es einen schlechten, oft ekelerregenden Geschmack hat, die Gewebe reizt, leicht zerfließt und sehr schwer zu dispensieren und zu dosieren ist. Auch die Darreichung desselben in Form von Klistieren hat viele Mängel an sich und leistet nur Ungenügendes.

Bei der großen Wichtigkeit des Kalkes für den gesunden und namentlich den kranken Menschen haben wir und wohl alle Kollegen diese Arbeiten mit Aufmerksamkeit verfolgt. Der erstgenannte Verfasser dieser Arbeit hatte ein besonderes Interesse an der Kalkfrage, da er als ehemaliger Assistent von Thiersch von diesem Forscher in seiner Klinik oft erwähnen hörte, daß es ihm auffällig sei, daß in der Leipziger Klinik im Gegensatz zu seinen früheren Erfahrungen an der Erlanger Klinik so viele gesunde und blühende Menschen bei Brüchen von Kochen keinerlei oder nur sehr geringe Neigung zur Knochenneubildung hätten. Dieselbe Beobachtung konnte Verfasser als leitender Arzt am Stadtkrankenhaus Dresden-Johannstadt und früher am Karolahause machen. Die Gründe, warum gerade in Sachsen öfters als anderswo die Kalkausscheidung in den Geweben mangelhaft ist, liegen nicht klar auf der Hand. Es liegt jedoch nahe, die Ursache darauf zurückzuführen, daß Sachsen bekanntlich ein sehr kalkarmes Land ist.

Für Verfasser lag es daher nahe, frühere Versuche betr. Kalkzufuhr wieder aufzunehmen als der Krieg ausbrach und ihm noch die Leitung des Ausstellungs-Vereins-Lazaretts von 800 Betten übertragen worden war. Voraussetzung für verwertbare Beobachtungen war allerdings, daß die Möglichkeit gegeben wurde, Chlorcalcium in wirklich brauchbarer Form anwenden zu können. Da war es gewissermaßen ein Glücksfall, daß gerade in dieser Zeit die Chemische Fabrik Helfenberg A.-G. unter dem Namen Normalin (D. R.-Pat. und Wortmarke) ein Chlorcalcium-Präparat in Tablettenform zur Fabrikation aufgenommen hatte, welches die Vorbedingungen für durchführbare Versuche zu bieten schien. Normalintabletten sind ganz haltbar, fast geschmacklos und lösen sich in Wasser auf. Jede Tablette enthält 0,25 g kristallisiertes Chlorcalcium, an Agar-Agar gebunden, und sie werden am besten nach oder mit dem Essen ganz oder zerbrochen eingenommen. Wir verdanken es Dr. K. Dieterich (Helfenberg), daß das Problem: Herstellung eines haltbaren und dispensierbaren Kalkpräparates bestens gelöst worden ist.

Es wurden daraufhin die Abteilungs- und Oberärzte veranlaßt, bei allen geeigneten Fällen, namentlich von Brüchen der langen Röhrenknochen, wochenlang bezw. monatelang Normalintabletten zu geben. Als geeignet für die Behandlung wurden namentlich solche Fälle von Brüchen bezeichnet, die innerhalb von acht Tagen nach der Verletzung dem Lazarett zugegangen waren, solche, die die Möglichkeit boten, öfters geröntgent werden zu können, solche, die schon vor längerer Zeit verletzt waren, aber noch keine nennenswerte Kallusbildung erkennen ließen, weiter innere Kranke, bei denen Indikationen vorlagen, und endlich solche, bei denen physiologisch-chemische Beobachtungen gemacht werden konnten.

Selbstverständlich sollte die geeignetste Dosis von Normalin dabei ermittelt werden, dann, wie sich der Magen, der Darm und die Nieren zu dem Mittel verhielten und wie die Zusammensetzung des Urins sich gestalten würde.

Nach Emmerich und Loew soll die Tagesmenge von kristallisiertem Chlorcalcium 3 g bezw. 1,5 g von dem wasserfreien Salz betragen. Bei den Erkrankungen, wo eine längere Kalkdiät in Frage kommt, soll diese tägliche Menge gut vertragen und ganz ausgenutzt werden. Bei infektiösen Erkrankungen soll die Tagesdosis nicht über ein Drittel obiger Menge betragen. Demnach könnten also nach diesen Beobachtungen täglich bis 12 Normalintabletten = 3 g Chlorcalcium verabreicht werden. Da diese Dosis sehr reichlich erschien, so wurden zunächst 6 Tabletten, 3 früh und 3 abends, gegeben. Durch die Befunde bei den Urinuntersuchungen und andere Beobachtungen wurden wir aber veranlaßt, später nur 4 Tabletten täglich (früh und abends je 2) = 1 g kristillisiertes Chlorcalcium zu geben, und glauben, daß bei längerem Gebrauch auch diese Menge noch auf die Hälfte eingeschränkt werden

könnte, so daß man dazu käme, als einfachste Anwendungsart bei der Mittagskost 2 Tabletten zu nehmen. In folgendem werden wir kurz über unsere Beobachtungen bei Frakturen, über das Verhalten der Nieren und über die Kalkausscheidung berichten, deren Bestimmung wir wesentlich der wissenschaftlichen Bearbeitung dieses Gegenstandes durch unseren Chemiker Herrn Dr. Massute verdanken, der dabei ein neues, sehr bequemes Verfahren der quantitativen Kalkbestimmung im Urin ermittelt hat.

Der Behandlung von Knochenbrüchen mit Chlorcalcium stellten sich insofern gewisse Schwierigkeiten entgegen, als zwar sehr viele Fälle für eine Kalkbehandlung geeignet erschienen, aber doch verhältnismäßig nur wenige davon eine gute Beobachtung der Wirkung der Kur ermöglichten. Wir mußten daher viel mehr Fälle als für die Beurteilung ungeeignet ausschalten, als wir gedacht hatten, denn z. B. Schußfrakturen des Fußgelenkes, der Fußwurzel, der Hand und der Handwurzel, des Ellbogengelenks usw. waren oft zu gesplittert und zu unklar im Bilde, um Veränderungen deutlich genug erkennen zu lassen. Von den Brüchen der großen Röhrenknochen waren wieder weit mehr als wir vermuteten für eine Beobachtung zu spät eingeliefert, und manche befanden sich in einem so schlechten Allgemeinzustand, oft mit Magen- und Darmbeschwerden verbunden, daß von Versuchen abgesehen werden mußte.

Normalin erhielten im ganzen 302 Verwundete und Kranke in beiden Krankenhäusern, 87 davon wegen Knochenbrüchen, 215 wegen anderer Krankheiten oder zu Beobachtungszwecken. Sämtliche Fälle haben Normalin gut vertragen, denn vorübergehendes Erbrechen und Uebelkeiten hatten ihren Grund darin, daß die Tabletten bei leerem Magen genommen worden waren bezw. daß bei 2 sehr empfindlichen Kranken die Menge von 6 Tabletten zu groß war. Nachdem strenger darauf geachtet wurde, daß nur bei gefülltem Magen oder bei dem Essen eingenommen wurde, und die Dosis auf 4 Tabletten täglich herabgesetzt war, kamen unangenehme Nebenerscheinungen gar nicht mehr vor. Magen und Darm vertrugen das Mittel tadellos, ebenso erschien der Stuhlgang durch Normalin nicht beeinflußt, höchstens daß er noch etwas weicher wurde, was erklärlich ist, da nach dem Dieterichschen Verfahren die Normalintabletten Agar-Agar enthalten, welches das $CaCl_2$ haltbar, dispensierbar und fast geschmacklos macht.

Zur Beurteilung des Mittels bei Knochenbrüchen erwiesen sich jedoch von den 87 Fällen nur 46 als verwertbar, da nur bei diesen die Behandlung bis zu Ende und regelmäßig durchgeführt werden und periodische Röntgenaufnahmen gemacht werden konnten, die die Entwicklung der Knochenneubildung zu verfolgen gestatteten. Es handelte sich hierbei um 12 Brüche des Oberschenkels, und zwar um 4 einfache und 8 gesplitterte Brüche bezw. 4 geschlossene und 8 offene Brüche; um 9 Brüche des Unterschenkels, 2 einfache und 7 gesplitterte bezw. 3 geschlossene und 6 offene; ferner um 19 Brüche des Oberarms, 1 einfacher und 18 gesplitterte bezw. 2 geschlossene und 17 offene, endlich um 6 Brüche des Vorderarms, 2 einfache und 4 gesplitterte bezw. 2 geschlossene und 4 offene. In 21 Fällen war eine ganz besonders starke Kallusbildung zu bemerken, sowie ein Festwerden des Knochens innerhalb von 4 Wochen. In 23 Fällen erschien die Kallusbildung normal und wurden die Knochen innerhalb 6 Wochen fest. In 1 Fall war die Knochenbildung auffallend träge und wurde der Oberschenkel erst nach 9 Wochen fest. In 1 Fall bildete sich überhaupt kein Kallus. Es handelte sich hierbei um einen offenen Splitterbruch in der Mitte des rechten Oberarms, der schwer infiziert eingeliefert wurde, lange eiterte, zur Abstoßung zahlreicher Splitter führte und einen großen Knochendefekt zeitigte. Die Röntgenbilder ergaben eine gänzliche Abwesenheit von Knochenneubildung. Durch Knochennaht und Knochenplastik wurde mehrfach versucht, eine feste Vereinigung zu erzielen, jedoch vollständig vergeblich. Nach einer Behandlung von 17½ Monaten im Lazarett, wobei dem Kranken die kräftigste Kost verabreicht wurde und fast die ganze Zeit mit mehrmaliger kurzer Unterbrechung Normalin gegeben wurde, wurde der Kranke mit einer Pseudarthrose der orthopädischen Anstalt überwiesen, wo zunächst ein Kapselapparat angefertigt wurde. Der Kranke war, obwohl Schlosser von Beruf und aus Norddeutschland stammend, ein blutarmer, etwas schwächlicher Mensch, der sich im Lazarett in bezug auf das Allgemeinbefinden sehr erholt hatte. Dieser Fall dürfte als ganz außergewöhnlich und von krankhafter Veranlagung angesehen werden und nichts gegen die Kalkbehandlung beweisen. Für die weitere Beurteilung scheidet er aus.

Wie weit nun die Kalkzufuhr in den bleibenden verwertbaren 45 Fällen die Knochenneubildung gefördert hat, ist natürlich nicht zu sagen, denn bei jungen, kräftigen Leuten könnten sich ja die erwähnten Vorgänge ebensogut auch ohne Normalin in gleicher Weise abgespielt haben. Auch waren leider nur ganz wenig Sachsen unter den Behandelten. Immerhin ist es wahrscheinlich, daß die Knochenbildung gefördert wurde, da sie bei fast der Hälfte aller Behandelten eine ganz besonders rege war und da durch die fast täglich vorgenommenen Urinuntersuchungen festgestellt wurde, daß ein großer Teil der gegebenen Menge des zugeführten Kalkes dem Kreislauf zugeführt und durch die Nieren ausgeschieden worden war. Wenn daher auch, wie gesagt, alle Beobachtungen bei Knochenbrüchen nur bedingte Verwertbarkeit besitzen, so glaube ich doch, daß in der großen Zahl der sehr rasch geheilten Fälle ein gewisses positives Ergebnis erblickt werden kann, das zu weiterer Ausprobung des Mittels unbedingt anregen muß.

Bei der Prüfung des neuen Kalkpräparates kann aber als weiteres Ergebnis festgestellt werden, daß 1. die Dosis von 1,0 g kristallisertem Chlorcalcium täglich in Gestalt von 4 Normalintabletten und bei längerem Gebrauch von 2 Tabletten, die ja sehr billig sind, nach oder bei der Mittagskost genommen, vollkommen groß genug erscheint; 2. ergab sich, daß Normalin ohne Widerwillen und ohne jede Nachwirkung aufgenommen wird; 3. erwies es sich als zweifellos, daß innere Organe, namentlich die Nieren, auch bei längerer Darreichung des Mittels in keiner Weise geschädigt wurden und niemals Zylinder oder Eiweiß beobachtet wurden; 4. wurde von mehreren Kranken angegeben, daß sie sich bei der Aufnahme von Normalin besonders frisch und kräftig fühlten, so daß sie den Wunsch äußerten, es längere Zeit fortnehmen zu dürfen.

Erfahrungen bei anderen Zuständen als Knochenbrüchen, namentlich bei inneren Erkrankungen, wurden zwar auch mehrfach gemacht, konnten jedoch nicht genügend methodisch beobachtet werden, um darüber berichten zu können, auch liegt dieses Gebiet nicht im Rahmen dieser Mitteilung. Erwähnt soll nur werden, daß Normalin in 3 Fällen von langjährigem Heuschnupfen, bei dem alle denkbaren Mittel ohne jeden Erfolg angewandt worden waren, geradezu glänzend wirkte. Nach 2 Tabletten am 1. Tage besserte sich der Schupfen schon bedeutend, um nach weiteren 2 Tabletten am 2. Tage fast vollständig und am 3. Tage gänzlich zu verschwinden. Aehnliche Beobachtungen über die Kalkwirkung bei Heuschnupfen liegen von anderer Seite ja auch schon vor. Ebensogut waren die Erfolge bei 2 Fällen von Asthma.

Die Methode der quantitativen Kalkbestimmung im Urin wird von Herrn Dr. Massute wie folgt beschrieben: Eine von dem gesammelten 24 stündigen Urin entnommene Probe wird, um vorhandene ungelöste Salze in Lösung zu bringen, mit Essigsäure bis zur schwachsauren Reaktion versetzt (gegebenenfalls auch erwärmt) und sodann filtriert.

Vom Filtrat werden 50 ccm in einem großen, mit einer 50 ccm-Marke versehenen Reagenzglas von Jenaer Geräteglas (Glaswerke Schott u. Gen. [Jena] — Spitzgläser aus gewöhnlichem Glase wurden sehr bald innen rauh, so daß der Kalk sich an den Wänden anlagerte und nicht völlig ausfiel) mit 5 ccm einer ammoniakalischen Ammonoxalatlösung (Sol. Ammon. oxalat. [1:25] 80,0 + Liqu. Ammon. caust. [0,960] 20,0) versetzt. Das Calcium scheidet sich hierbei als Oxalat und das Magnesium als phosphorsaure Ammoniakmagnesia aus. Der Niederschlag wird nach 24 stündigem Absetzen restlos in Zentrifugengläschen gebracht, zentrifugiert, von der überstehenden Flüssigkeit völlig getrennt und in 8—10 Tropfen Salzsäure (1,125) unter Umrühren mit einem Platindraht gelöst (in einigen Fällen ist die doppelte oder dreifache Menge Salzsäure erforderlich). Behufs Ausscheidung des Magnesiumsalzes wird die

Chlorwasserstoffsäure durch Zusatz von etwa 2 g Natriumazetatlösung (1:5) gebunden, die nunmehr essigsaure Lösung mit etwa 50 ccm Aqua dest. verdünnt und mit etwa 5 ccm Ammoniumoxatlösung (ohne Zusatz von Aetzammoniak) und einigen Tropfen Chlorammoniumlösung (1:5) versetzt. Ist zur vorhergehenden Lösung des Kalksediments mehr Salzsäure verwendet worden, so ist auch mehr Natriumazetatlösung erforderlich; 4—5 Tropfen Salzsäure erfordern etwa 1 ccm Natriumazetatlösung. Der entstehende Niederschlag besteht lediglich aus Calciumoxalat. Die Calciumverbindung ist in Essigsäure unlöslich, das Magnesiumsalz dagegen bleibt gelöst.

Nachdem die Fällung in 24 Stunden beendet ist, wird die überstehende Flüssigkeit abgegossen unr der Niederschlag volle 10 Minuten lang zentrifugiert (diese Zeit ist erforderlich, um übereinstimmende Resultate zu erhalten), und zwar in besonders für diesen Zweck graduierten Zentrifugenröhrchen, die unter dem Namen Kalkzentrifugierröhrchen im optischen Institut von Karl Wiegand (Dresden, Hauptstraße 22) zum Preise von 1,50 M. das Stück zu beziehen sind und die die direkte Ablesung des Kalkgehaltes, in g auf 1 Liter Urin berechnet, gestatten. Da der Kalk in Röhrchen gewöhnlich nicht in glatter, sondern in konkaver Oberfläche ausfällt, so ist es nötig, vor dem Ablesen die Oberfläche mit einem feinen Platindraht zu glätten.

Die Zentrifugenröhrchen wurden auf folgende Weise graduiert. Es wurde zunächst eine Normallösung hergestellt. 10,0 g bei 105° C. getrockneter kohlensaurer Kalk ($CaCO_3$) wurden mit der berechneten Menge Salzsäure unter Erwärmen in Lösung gebracht und bei 15° C. auf 1000 ccm aufgefüllt. Die Lösung enthält im Liter 11,1 g Chlorcalcium ($CaCl_2$) = 4,0 g Ca; 1 ccm der Lösung entspricht somit 4 mg Ca oder 5,6 mg CaO. Nun wurden mehrere Zylinder ansteigend mit 1, 2, 3 oder x ccm dieser Normallösung versetzt, mit der entsprechenden Zahl (x) versehen und mit etwa 50 ccm Aqua dest. aufgefüllt. Es fand sich so in jedem Zylinder die bekannte Kalkmenge (Ca) von $x \times 0{,}004$ g.

Durch Zusatz von je etwa 5 ccm der obenbeschriebenen ammoniakalischen Ammonoxalatlösung (1:25) wurde der Kalk als Calciumoxalat ausgefällt, nach 24 Stunden die überstehende Flüssigkeit abgegossen und der Niederschlag in Probenzentrifugenröhrchen 10 Minuten lang zentrifugiert. Das sich dabei ergebende Sediment entsprach dann einem Kalkgehalt von $x \times 0{,}004$ g; so enthielt das aus Zylinder No. 5 gewonnene Sediment $5 + 0{,}004 = 0{,}02$ g, das aus Zylinder No. 10 gewonnene Sediment $10 \times 0{,}004 = 0{,}04$ g Kalk usw. Die Probezentrifugenröhrchen wurden nun zunächst auf diese Weise mit 1,01, 0,02 usw. graduiert. (Schluß folgt.)

II. Referate.

Priv.-Dozent Dr. **Th. Messerschmidt**, Assistenzarzt d. R.: **Ueber keimtötende Eigenschaften von Geschossen.** (Medizinische Klinik, 1916, No. 17.)

Daß ein Metallstückchen Bakterien abzutöten vermag, wurde 1889 zuerst von Miller gezeigt; er legte Goldstückchen, wie sie für die Herstellung von Zahnkronen gebraucht werden, oder auch fertige und selbst getragene Goldkronen in einen infizierten Gelatinenährboden und beobachtete nun, wie dieser in der Nähe des Metalles steril blieb, während weiter davon entfernt reichlich Keimwachstum stattfand. v. Behring bestätigte diese Befunde und dehnte analoge Untersuchungen auf andere Metalle (Silber, Quecksilber, Kupfer usw.) aus. Im Vorliegenden berichtet Verf. über seine eigenen Untersuchungen; sie nehmen ihren Anfang mit Versuchen Uhlenhuths, in denen gezeigt wurde, daß ein französisches Infanteriegeschoß aus Kupfer in einem infizierten Nähragar mehrere Millimeter breit um sich herum die Bakterien am Auskeimen hindert. Diese Wachstumsbehinderung findet auch statt, wenn man nach etwa 4—5 Stunden das Geschoß wieder aus dem Nährboden herausnimmt und die Platte dann ohne dasselbe bebrütet. Es gilt das unter geeigneten Versuchsbedingungen für alle pathogenen und saprophytischen Bakterien. Die niederen Schimmelpilze (Aspergillus, Mucor und andere) werden im Wachstum durch die Anwesenheit des Kupfers meist nicht beeinflußt. Nickelmantel-, Blei- und Eisengeschosse haben diese keimtötenden Eigenschaften in erheblich geringerem Maße; letztere wurden in Form von Granatsplittern niemals bei zahlreichen Versuchen mit den verschiedensten Bakterienarten als bakterizid befunden. Blei und Nickel hemmten meist nur spurweise Heu- und Kartoffelbazillen sowie vereinzelte Colikeime. Pathogene Bakterien und vor allem die gegen Kupfer sehr empfindlichen Eitererreger wurden von ihnen im Nährboden niemals am Wachstum behindert. Vergleichende Untersuchungen ergaben, daß sich Metallstückchen nicht anders als aus dem gleichen Metalle hergestellte Geschosse verhielten. Es war von Interesse, auf die Ursachen der intensiven Wachstumsverhütung durch Kupfer einzugehen. Hierbei zeigte sich, daß die desinfizierende Eigenschaft von kupferhaltigen Geschossen und Gebrauchsgegenständen darauf beruht, daß diese in den Nährböden, im Schweiße usw. chemisch in Lösung gehen können.

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **A. Bier** (Berlin): **Ueber Nachblutungen der Schußwunden, ihre Behandlung und ihre Verhütung.** (Medizin. Klinik, 1916, No. 17.)

Nachblutungen nach Schußverletzungen sind in den Lazaretten außerordentlich häufig. Bei jeder Nachblutung, mag sie auch nur gering sein, muß man nach Verf. als höchst wahrscheinlich annehmen, daß ein größeres Gefäß verletzt ist, für das es nur ein Verfahren der Blutstillung gibt, das Aufsuchen der Gefäßverletzung, in der Regel mit doppelter Unterbindung, in seltenen Fällen, wo die Asepsis der Wunde es gestattet, mit Naht des blutenden Gefäßes. Man darf sich niemals auf die Tamponade oder auf noch unsicherere Blutstillungsmittel verlassen, oder sich mit der Annahme einer „Granulationsblutung" beruhigen, wenn nach Abnahme des Verbandes die Blutung steht. Denn mit fast unfehlbarer Sicherheit tritt sie wieder auf und tötet schließlich den Verwundeten. Nur ganz ausnahmsweise handelt es sich um Nachblutungen aus kleinen Gefäßen, bei denen nichtoperative Blutstillungen genügen. Folgendes ist die gewöhnliche Ursache der Nachblutung: Bei der Verwundung wurde ein größeres Gefäß verletzt. Es bildete sich ein Bluterguß aus, aber die Blutung stand von selbst, weil unter dem Drucke der Weichteile ein Gerinnsel oder ein Knochen- oder Geschoßsplitter das Gefäßloch verschloß. Bei der häufigen völligen Zerreißung der Gefäße thrombosieren nicht selten beide Enden. Alle diese Verschlüsse sind aber höchst unsicher und geben unter den verschiedensten Umständen nach. Vor allem sind es der jauchige oder eitrige Zerfall des verschließenden Gerinnsels, der die Nachblutung verursacht, oder Verschiebungen von Knochen- und Geschoßsplittern. Gegen diese Form tritt die eigentliche septische Nachblutung, bei der die Gefäßwand durch Eiterung eingeschmolzen wird, vollkommen in den Hintergrund. Dagegen verursachen unkundige Aerzte zuweilen Nachblutungen durch Drainröhren, die an großen Arterien vorbeigeführt werden, und längere Zeit liegen bleiben. Das Gefäß liegt sich auf diesem Fremdkörper durch. Noch schlimmer als Drainröhren sind liegengelassene metallene Gefäßklammern, die auf Arterien drücken und auf denen sie sich mit unheimlicher Schnelligkeit durchliegen. Es ist jetzt in gutgeleiteten Lazaretten überall Sitte, Verwundete, bei denen eine Nachblutung zu befürchten ist, auf den Wachsaal zu legen, dessen Personal mit der vorläufigen Blutstillung vertraut ist. Handelt es sich um Verletzungen der Glieder, so wird ein Blutleerschlauch an das betreffende Bett gehangen, in dessen Anwendung bei Beinverletzungen man klügere Verwundete auch selbst unterrichten kann. Schwieriger ist die Blutstillung aus Körperteilen, an denen die Esmarchsche Blutleere nicht anzubringen ist. Hier ist die Hilfe des Wartepersonals im wesentlichen auf den Händedruck beschränkt. Während dieser ausgeübt wird, wird schleunigst der Arzt gerufen. Sehr wichtig ist es, von vornherein die Nachblutung zu verhüten, und deshalb sah Verf. in letzter Zeit genau die Wunden nach, bei denen die Verletzung einer größeren oder mittleren Arterie wahrscheinlich war. Das ist nicht schwer zu erkennen. Zuerst faßt man nach dem peripheren Pulse, sein Fehlen macht die Gefäßverletzung höchst wahrscheinlich, sein Vorhandensein beweist aber nichts gegen dieselbe.

Dr. **Stutzin**, Chefarzt eines Roten-Kreuz-Feldlazaretts in der Türkei: **Ueber Indikationen zur Amputation in diesem Kriege.** (Medizin. Klinik, 1916, No. 17.)

Zweck der Amputation ist selbstverständlich die Erhaltung des Lebens durch die Opferung eines Gliedes. Dabei müssen wir aber all die Möglichkeiten bedenken, die mit oder ohne Amputation die Wahrscheinlichkeit der Lebenserhaltung herabsetzen, also: 1. Beschaffenheit der Wunde und des Verwundeten selbst (die innere Indikation), 2. alle die äußeren Begleitumstände, von denen das fernere Wohl des Kranken abhängt (die äußere Indikation). Die innere Indikation ist relativ einfach: jedes Glied muß abgesetzt werden: 1. wenn es nicht mehr lebensfähig ist, also in Fällen von ausgedehnten Zerreißungen, wo der gesunde Rest das Glied nicht mehr ernähren kann, und ferner bei zirkulärer oder nahezu zirkulärer Gangrän, 2. wenn das Leben durch die Krankheit des Gliedes bedroht wird und wenn die Beseitigung des letzteren eine größere

Aussicht auf Lebenserhaltung gewährt. Dieses ist der Fall beispielsweise bei ausgedehnten infizierten Frakturen, bei jauchigen Markphlegmonen, sowie überhaupt bei allen starken Infektionen mit vorwiegend lokalem Charakter, wo man mit der üblichen Therapie nicht weiter kommt. Die äußere Indikation scharf zu begrenzen, ist nicht möglich, da man nicht gut alle in diesem Weltkriege möglichen Umstände ausmalen kann, unter denen der Kriegsarzt zu arbeiten Gelegenheit bekommt. Verf. skizziert daher nur gewisse, immer wiederkehrende Erscheinungen. Der Chirurg am Hauptverbandplatz muß, nachdem er die innere Indikation gestellt hat, sich fragen: Wie wird vermutlich das weitere Schicksal des Verwundeten sein? Kommt er bald in ein gut ausgestattetes Feldlazarett oder in einen modernen Lazarettzug, wo er sachgemäß beobachtet und eventuell jederzeit operiert werden kann? Unter diesen Umständen wird man in Grenzfällen zweifellos versuchen, vorläufig das Glied zu schonen, man wird es in den bestmöglichen Fixationsverband legen, den Sekretablauf sicherstellen und dem nächsten zuverlässigen Kollegen das weitere überlassen. Sind aber vom Transport schädigende Einflüsse zu erwarten, sind ferner ungünstige Umstände vorhanden, wie etwa Mangel an zuverlässigen chirurgischen Verhältnissen und an Chirurgen selbst in den rückwärtigen Verbindungen, so soll man gleich auf dem Hauptverbandplatz zur Absetzung schreiten.

Prof. Dr. **Wilms** (Heidelberg): **Behandlung der Rückenmarkschüsse mit totaler Lähmung.** (Medizin. Klinik, 1916, No. 17.)

Jeder Chirurg kennt den trostlosen Zustand der Patienten, welche durch Schußverletzung eine Rückenmarksdurchtrennung davongetragen haben und mit totaler Lähmung ans Bett gefesselt langsam dahinsiechen. Die Lebensdauer solcher Patienten ist im wesentlichen abhängig von der Pflege, welche für die Vermeidung des Dekubitus zu sorgen hat. Oefter aber stellt sich trotz bester Pflege das Aufliegen doch nach mehreren Wochen ein. Der anfangs nach der Verletzung nötige Katheterismus hat meist schon zu einer Blasenentzündung geführt, die in vielen Fällen trotz Spülung sich langsam verschlimmert. Entzündung des Nierenbeckens, nicht selten mit Steinbildung verbunden, kompliziert weiter das Bild. Fiebersteigerung von seiten des Dekubitus schädigt den Allgemeinzustand. Der letale Ausgang kann bei sehr guter Pflege und Behandlung wohl um Monate, ganz selten um Jahre hinausgeschoben werden. Wären wir imstande, das Aufliegen zu verhindern und die Blasenentzündung zur Abheilung zu bringen, so würden die zwei Hauptgefahren für solche Patienten beseitigt sein. Die Grundbedingungen, um solche Patienten so weit zu bringen, daß sie im Selbstfahrer sich außerhalb des Bettes und selbst im Freien bewegen können, sind nach Verfassers Ansicht folgende. Zunächst müssen die beiden gelähmten Beine hoch amputiert werden. Sie gerade sind nicht wenig verantwortlich für die Entwickelung des Dekubitus, weil sie gewissermaßen wie zwei schwere Gewichte den Patienten in gleicher Lage und Stellung festhalten. Jede, auch die kleinste Bewegung und Drehung kann der Patient nicht selbst vornehmen, sondern nur mit Unterstützung der Schwester oder des Wärters. Die Beine, die meist stark ödematös sind, wiegen zusammen oft 80—90 Pfund. Sind sie amputiert, so kann der Patient sich selbst leicht auf die Seite drehen, ein schon vorhandener Dekubitus heilt wesentlich schneller aus wie früher. Auch das Allgemeinbefinden des Patienten bessert sich schnell, die Stimmung wird besser, Stuhlentleerung geht leichter vor sich, der Appetit kommt wieder. Als zweite Gefahr ist die Cystitis und Pyelitis anzusehen. Sie läßt sich durch bessere Entleerung des Urins beseitigen, und zwar dadurch, daß man den Penis nach Lösung des Aufhängebandes an der Symphyse hinter den Skrotumansatz verlagert, in ähnlicher Weise, wie es Thiersch empfohlen hat bei der Amputation des Penis wegen Karzinom. Wenn wir eine solche Verlagerung herstellen, so wird die Blase sich stets völlig entleeren können, was im normalen Zustande nicht der Fall ist, weil der Harn durch die Urethra erst eine Strecke nach aufwärts getrieben werden muß. Kr.

III. Bücherschau.

Meister Johann Dietz, des Großen Kurfürsten Feldscher und Königlicher Hofbarbier. Nach der alten Handschrift in der Königl. Bibliothek zu Berlin zum ersten Male in Druck gegeben von Dr. **Ernst Consentius.** Wilhelm Langewiesche-Brandt, Ebenhausen bei München. 368 S. 1,80 Mark.

Das in eigenartiger Ausstattung vorliegende Buch enthält die erste Veröffentlichung einer fast 200jährigen Handschrift, in welcher ein preußischer Feldscher, dessen Lebenszeit in die Periode nach dem 30jährigen Kriege und vor dem Regierungsantritt Friedrichs des Großen fiel, die wichtigsten Ereignisse seines an Abenteuern reichen Lebens aufgezeichnet hat. Der alte Feldscher verfügt über die Gabe einer anschaulichen Darstellung, obwohl in dem ungelenken Deutsch jener Zeit geschrieben, lesen sich diese Denkwürdigkeiten wie ein spannender Roman. Da es sich um die getreue Wiedergabe von Selbsterlebtem und Selbstgeschautem handelt, so verdient das Buch die Beachtung aller Gebildeten, welche für die Kulturzustände vergangener Zeiten Interesse haben. Speziell für uns Aerzte bietet die Schrift viel Interessantes; wir erfahren mancherlei aus der Medizin und Chirurgie jener Tage, in denen der gelehrte Arzt noch keine chirurgischen Operationen vornahm; das war damals Sache des Wundarztes, der aus dem Stande der Barbiere hervorging und als Feldscher im Kriege den Verwundeten, so gut er eben konnte, seine Hilfe angedeihen ließ. Die zahlreichen Abbildungen, eine Wiedergabe von Bildern aus Büchern jener Zeit, führen dem Leser die damaligen Zustände anschaulich vor Augen und erhöhen den kulturgeschichtlichen Wert der Veröffentlichung.

Der gegenwärtige Stand der Tetanustherapie. Von Dr. med. **Fr. J. Kaiser**, zurzeit ordinierender Arzt am Reservelazarett zu Blankenburg a. H. Würzburger Abhandlungen, XVI. Bd., 2. Heft. Würzburg 1916, Verlag von Curt Kabitzsch. 33 S. 0,85 M.

Der gegenwärtige Krieg bot besonders in den ersten Monaten den Aerzten vielfache Gelegenheit, Beobachtungen über die Pathologie des Wundstarrkrampfs anzustellen und Erfahrungen über seine Behandlung zu machen. Eine größere Anzahl von Arbeiten über den Tetanus erschien in kurzer Folge, welche unsere Kenntnisse über die Prophylaxe und Therapie des Tetanus in mancher Hinsicht bereicherten. In vorliegender Schrift stellt Verfasser auf Grund dieser Arbeiten den gegenwärtigen Stand der Verhütung und Behandlung des Tetanus in Kürze zusammen. Am Schluß sind die benutzten Abhandlungen, nicht weniger als 91, angeführt. R. L.

IV. Tagesgeschichte.

Standesangelegenheiten, Medizinal-Gesetzgebung, soziale Medizin etc.

Altona. Eine Verordnung des Generakommandos IX. A.-K. in Altona vom 24. Mai 1916 untersagt allgemein Privatpersonen die **Behandlung geschlechtskranker Unteroffiziere und Mannschaften.** Unter den Privatpersonen im Sinne dieses Verbots werden noch besonders die Zivilärzte, mit Ausnahme derer, die von der Heeresverwaltung vertraglich verpflichtet sind, hervorgehoben.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Innsbruck. Prof. Dr. Heinrich Herzog, bisher Privatdozent an der Universität München, ist als ordentlicher Professor der Otiatrie und Laryngologie hierher berufen worden.

Krakau. Im Alter von 66 Jahren starb der Professor der Laryngologie Dr. Pieniazek.

Zürich. Der Ordinarius der Chirurgie Prof. Dr. Ferdinand Sauerbruch, der hier seit 1910 als Nachfolger Krönleins wirkt, hat einen Ruf nach Königsberg erhalten, wo er der Nachfolger seines vor wenigen Monaten verstorbenen früheren Lehrers P. L. Friedrich werden soll.

Gerichtliches.

Berlin. Der 77jährige Krankenbehandler Sch., ein ehemaliger Klempner, war wegen **fahrlässiger Tötung** — er hatte ein diphtheriekrankes Kind mit unwirksamen homöopathischen Mitteln behandelt — vom Schöffengericht zu 1½ Jahren Gefängnis verurteilt worden. Auf eingelegte Berufung ermäßigte die Strafkammer des Landgerichts II die Strafe auf ein Jahr.

Magdeburg. Der Krankenbehandler M. aus Leopoldshall, der von Hause aus Tischler ist und sein jetziges Gewerbe seit etwa 20 Jahren betreibt, wurde wegen **Betruges** bei Ausübung seines Gewerbes vom hiesigen Landgericht zu 3 Jahren Gefängnis und 5 Jahren Ehrverlust verurteilt.

Leipzig. Ein Berliner Krankenbehandler B., der drei diphtheriekranke Kinder, die sämtlich ihrem Leiden erlagen, mit einer von ihm angegebenen Salbe behandelt hatte, war wegen **fahrlässiger Tötung** zu 1¾ Jahren Gefängnis verurteilt worden. Seine Revision wurde kürzlich vom Reichsgericht verworfen. Das gleiche Schicksal traf die Revision eines sich mit Krankenbehandlung befassenden Barbiergehilfen, der eine an Blutvergiftung erkrankte Frau mit Leinmehlumschlägen behandelt hatte und deshalb vom Landgericht Altona zu vier Monaten Gefängnis verurteilt worden war.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: San.-Rat Dr. H. Lohnstein, Berlin W.50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil S. Caspari, Berlin-Schöneberg. Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W.30, Maaßenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW.68, Alexandrinenstraße 110.

85. Jahrgang **Berlin, 24. Juni 1916** **No. 26**

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7 a — Fernsprecher Steinplatz 105 56

85. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W. 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Die Kalkdarreichung

bei Knochenbrüchen und anderen Zuständen, sowie über eine einfache Methode der Kalkbestimmung im Urin.

Von

Dr. **B. Credé**, Chefarzt, und Dr. **G. Riebold**, Abt.-Arzt.

(Schluß.)

Zu unseren Urinuntersuchungen wurden immer 50 g Urin verwendet. Demnach würde der tatsächliche Kalkgehalt des Urins, auf 1 Liter berechnet, das 20fache des im Probezentrifugenröhrchen ermittelten Wertes betragen, also bei einem gefundenen Wert von 0,01 = 0,2 g, von 0,02 = 0,4 g usw. Der Einfachheit halber wurden die Röhrchen dann mit diesen Zahlen versehen, die so direkt den Kalkgehalt als Ca von einem Liter Urin in g angeben.

Da das Kalksediment sowohl aus dem Urin, wie aus der Normalkalklösung auf dieselbe Weise gewonnen wird und in beiden Fällen aus Calciumoxalat besteht, so ist der Vergleich der Sedimente in der beschriebenen Weise wohl angängig und die Methode wird für klinische Zwecke zur approximativen quantitativen Kalkbestimmung vollauf genügen, wenn sie auch nicht den Anspruch auf völlige Genauigkeit erheben kann.

Mit Hilfe unserer Methode galt es zunächst zu untersuchen, wieviel Kalk der Gesunde bei der gewöhnlichen Nahrung im 24 stündigen Urin ausscheidet.

Nach Neumeister (Lehrbuch der phys. Chem.) findet man im 24 stündigen menschlichen Urin 0,2 bis 0,4 g Calciumoxyd (CaO). Für unsere Untersuchungen, die den Kalkgehalt nicht als CaO, sondern als Ca angeben, würde man nach dieser Berechnung eine Menge von etwa 0,15 bis 0,3 g Ca für den Tag erwarten müssen (CaO : Ca = 56 : 40).

Wir wählten für die Kalkbestimmung fieberfreie Genesende von leichten chirurgischen oder inneren Erkrankungen. Es handelte sich dabei (Winter 1914/15) meistens um Leute, die direkt aus dem Felde und überwiegend aus Rußland kamen, die in der Ernährung sehr heruntergekommen waren und die weit mehr aßen, als der Durchschnittsmensch. Zu den Untersuchungen wurden stets Proben von der 24stündigen Gesamturinmenge gewählt. In diesen Fällen (vergl. Tab. 1) fand sich nun eine durchschnittliche Kalkabscheidung von 0,32 g auf 1 Liter Urin oder von 0,48 g für den Tag bei einer durchschnittlichen täglichen Urinmenge von 1½ Liter, also mehr, als man nach Neumeisters Angaben erwarten durfte.

Drei Kranke, die in dieser Zeit wegen Knochenbrüchen täglich je 6 Normalintabletten bekamen, schieden etwas mehr Kalk aus, nämlich 0,36 g pro Mille oder 0,54 g pro die (Mittel aus 14 Einzeluntersuchungen).

Unter den gleichen äußeren Versuchsbedingungen änderten sich plötzlich Ende Februar bis Anfang März 1915 die Untersuchungsresultate, indem von jetzt an auffallend viel weniger Kalk ausgeschieden wurde. Es fand sich nämlich (siehe Tab. 2) nur noch ein durchschnittlicher Kalkgehalt von 0,17 g pro 1000 g Urin oder von 0,25 g pro die, also eine Zahl, die den Neumeisterschen Angaben etwa entsprechen würde.

Die Ursache für diesen auffallenden Rückgang der Kalkabsonderung suchten wir einmal darin, daß zu dieser Zeit Transporte aus dem Westen kamen, mit viel besser genährten Leuten, als die aus dem Osten gekommenen. Sie waren nicht ausgehungert und aßen nur normal. Gleichzeitig wurde aber zu dieser Zeit die Brotkarte eingeführt und damit die tägliche Brotmenge wesentlich herabgesetzt. Da das Brot aber eine wesentliche Quelle unserer Kalkzufuhr darstellt, so wurde mit der beträchtlichen Herabminderung des Brotgenusses auch die Kalkzufuhr herabgesetzt. Aus diesen Beobachtungen ergab sich schon, daß mit der Zunahme der Kalkzufuhr bei übermäßig großer Nahrungszufuhr auch die Kalkausscheidung gesteigert, also der Kalkumsatz angeregt wird und umgekehrt. Damit stimmte weiter überein, daß 5 Kranke mit Knochenbrüchen, die in gutem Ernährungszustande aus dem Westen eingeliefert wurden und die nicht übermäßig viel aßen, im März 1915 bei täglicher Darreichung von 4 Normalintabletten durchschnittlich 0,28 g pro 1000 g Urin oder 0,42 g pro die ausschieden, also wesentlich mehr, als die unter gleichen Bedingungen lebenden Kameraden, die auf Tabelle 2 aufgezeichnet sind und die kein Normalin bekamen (Mittel aus 24 Einzeluntersuchungen), und beinahe ebensoviel, wie die „verhungerten" Kameraden auf Tabelle 1.

Um festzustellen, in welcher Weise der Kalkumsatz durch Kalkzufuhr gesteigert wird, wurden nun systematische Untersuchungen der Kalkausscheidung bei regelmäßiger Kalkzufuhr angestellt. Auf Tabelle 3 sind diese Versuche bei 2 Leuten A und B dargestellt, die Normalintabletten bekamen. A ist der auf der Tabelle 2 unter No. 14 aufgeführte Mann, der wegen Asthma in Behandlung stand, und der vor der Kalkdarreichung im Mittel 0,22 g Kalk im Liter oder 0,25 g in einer täglichen durchschnittlichen Urinmenge (Mittel aus zahlreichen Messungen) von 1200 g ausschied. B. ist auf derselben Tabelle unter No. 9 angeführt. Er stand wegen eines Fingerschusses in Behandlung und schied bei einer durchschnittlichen 24stündigen Urinmenge von 1500 g 0,17 g Kalk pro Mille oder 0,25 g pro die aus. Während der Normalindarreichung zeigten A und B eine durchschnittliche Kalkausscheidung von 0,3 g pro 1000, also wieder annähernd dieselbe Zahl, wie die auf Tabelle 1 beschriebenen „Verhungerten". Auf

Tabelle 4 sind weitere Versuche bei denselben beiden Leuten A und B dargestellt, die jetzt zur Kontrolle statt Normalintabletten eine Kalklösung bekamen, und zwar nach folgendem Rezept: Calc. chlorat., Calc. lact. āā 25 g, Aqua dest. ad 500,0. Ein Eßlöffel dieser Lösung würde etwa 0,75 g Calciumchlorat oder 3 Normalintabletten entsprechen. Auch hierbei stieg die Kalkausscheidung bei A und B auf Zahlen, die sich im Mittel um 0,3—0,35 g pro 1000 bewegten. Sowohl aus Tabelle 3 wie aus Tabelle 4 geht demnach ganz einwandfrei hervor, daß nach Darreichung von Kalk die Kalkausscheidung im Urin zunimmt. Es zeigte sich aber die schon bekannte Tatsache, daß von dem zugeführten Kalk nur ein kleiner Teil im Harn wieder erscheint, der größere Teil demnach durch den Dickdarm ausgeschieden wird. (Vergl. z. B. Abderhalden, Physiol. Chemie.)

Die Kalkabsonderung steigt auch nicht streng proportional mit der zugeführten Menge. Auf Tabelle 3 scheidet B z. B. am 12. Tage, nachdem ansteigend täglich 2—12 Tabletten gegeben worden sind, 0,4 g pro Mille aus, und am 16. Tage, nachdem jetzt 4 Tage lang täglich 12 Tabletten gegeben worden sind, nicht mehr, sondern sogar etwas weniger, nämlich 0,35 g pro Mille. Auf Tabelle 4 liefert A am 12. Tage, nachdem er ansteigend täglich 1 bis 3 Eßlöffel Kalklösung bekommen hat, 0,4 g pro Mille und in der nächsten Woche bei täglicher Darreichung von 4 Eßlöffel Kalklösung nicht mehr, sondern nur dieselbe Menge.

Es ergibt sich demnach, daß zwar im allgemeinen mit der vermehrten Kalkzufuhr auch mehr Kalk im Urin erscheint, daß aber ein strenges Proportionalverhältnis zwischen Kalkzufuhr und -ausscheidung nicht besteht, wenigstens nicht in dem Falle, wo sehr große Mengen Kalk zugeführt werden, d. h. die Kalkausscheidung bezw. der Kalkumsatz geht also auch bei Darreichung von noch so großen Mengen Kalk über ein bestimmtes Maß nicht hinaus.

Hieraus darf wohl gefolgert werden, daß es auch für therapeutische Zwecke überflüssig erscheint, sehr große Dosen Kalk zu geben, von denen anscheinend der größte Teil unverbraucht wieder mit dem Stuhl abgeht. Bei längerer Darreichung von täglich nur 4 Normalintabletten konnten wir, wie oben erwähnt, bei zahlreichen Kranken mit Knochenbrüchen eine dauernde Vermehrung der Kalkausscheidung herbeiführen.

Unsere Tabellen zeigen weiter, daß bei Darreichung von Kalk eine Zunahme der Kalkausscheidung erst nach einigen Tagen, meist erst im Anfang der 2. Woche eintritt. Man kann daraus schließen, daß der Körper zunächst von dem dargereichten Kalk einen Teil zurückbehält, um erst seinen vollen Bedarf zu decken, und weiter, daß, wie es auch vielfach angenommen wird, unsere jetzt übliche Ernährungsart den Kalkbedarf des Körpers meistens nicht völlig befriedigt.

Für therapeutische Zwecke dürfte es nach diesen Beobachtungen ratsam sein, erst einige Tage lang größere Dosen Kalk zu verabfolgen, bis der Kalkbedarf des Körpers gedeckt ist, während dann auch kleinere Dosen genügen, um einen stärkeren Kalkumsatz aufrecht zu erhalten. A und B scheiden auf Tabelle 3 am 25. bis 30. Tage bei täglicher Darreichung von nur 4 Normalintabletten durchschnittlich noch 0,4 g pro die Kalk aus! Um die Genauigkeit unserer Methode zu prüfen, die, wie oben ausgeführt wurde, nur eine sehr relative sein kann, wurden mehrfache Kontrollversuche mit demselben Urin vorgenommen, die immer gut übereinstimmende Resultate ergaben. Herr Dr. Massute hatte außerdem noch die Liebenswürdigkeit, mehrere chemische Kalkbestimmungen mit Hilfe der bisher gebräuchlichen, mehr oder weniger komplizierten Methoden vorzunehmen, die ebenfalls mit unseren Untersuchungsresultaten gut übereinstimmten. Die Tatsache, daß unsere Mittelzahlen bei den Leuten in normalem Ernährungszustande auf Tab. 2 genau den in Neumeisters Lehrbuch angegebenen Werten entsprechen, dürfte auch für die Brauchbarkeit unserer Methode sprechen, die übrigens nur bei eiweißfreiem Urin verwendbar ist.

Die Beobachtungen, die wir bei der Darreichung von Chlorcalcium in der Form von Normalin gemacht haben, lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Normalintabletten bei gefülltem Magen genommen, werden tadellos vertragen und üben nicht den geringsten Reiz auf Magen, Darm und Nieren aus.

Die geeignetste Dosis ist in den ersten Wochen 4 bis 6 Tabletten (je 2—3 früh und abends) und dann 2—4 Tabletten täglich.

Normalintabletten hatten sichtlich gute und rasche Erfolge bei Heuschnupfen und Asthma und dürften auch bei anderen Erkrankungen, wie z. B. bei Tuberkulose, Skrofulose, Rachitis und Zahnfäule, zu versuchen sein.

Die in Sachsen anscheinend schon in Friedenszeiten etwas kalkarme Kost dürfte namentlich bei Knochenerkrankungen und anderen Zuständen durch periodische, monatelange Darreichung von Normalin zu verbessern sein.

Bei unseren Lazarettkranken hat sich mit der Einführung der kleineren Brotrationen die Menge des ausgeschiedenen Kalkes beträchtlich vermindert, so daß die Frage zu erörtern wäre, ob nicht bei dem Mangel an Fleisch und der sonstigen Art der jetzigen Ernährung die kalkarme Kost eine wertvolle Bereicherung an Kalk durch allgemeine Anempfehlung eines haltbaren, gut zu nehmenden, billigen Kalkpräparates erfahren müßte.

Tabelle 1.

Mittlerer Kalkgehalt verschiedener Rekonvaleszenten im Liter Urin, berechnet aus mehreren Untersuchungen (in Klammern die Zahl der einzelnen Untersuchungen); November 1914 bis Februar 1915.

1.	0,35 g	(4)
2.	0,39 „	(3)
3.	0,25 „	(3)
4.	0,45 „	(3)
5.	0,20 „	(3)
6.	0,38 „	(8)
7.	0,35 „	(4)
8.	0,40 „	(2)
9.	0,20 „	(2)
10.	0,10 „	(3)
11.	0,35 „	(9)
12.	0,40 „	(8)
	3,82 : 12 = **0,32** g	

(Mittel aus 52 Einzeluntersuchungen bei 12 „verhungerten" Personen.)

Tabelle 2.

Dieselben Untersuchungen wie auf Tabelle 1; März—Oktober 1915.

1.	0,15 g	(6)
2.	0,20 „	(9)
3.	0,08 „	(2)
4.	0,10 „	(2)
5.	0,20 „	(8)
6.	0,20 „	(3)
7.	0,09 „	(2)
8.	0,19 „	(4)
9.	0,17 „	(47)
10.	0,26 „	(2)
11.	0,20 „	(3)
12.	0,30 „	(11)
13.	0,18 „	(38)
14.	0,22 „	(9)
15.	0,07 „	(9)
	2,61 : 15 = **0,17** g	

(Mittel aus 155 Einzeluntersuchungen bei 15 Personen in normalem Ernährungszustande bei geringerer Brotration.)

Tabelle 3.

Kalkausscheidung bei Darreichung von Normalin-Tabletten an 2 verschiedene Leute A und B.

A			B		
Tägliche Zahl der Norm.-Tabl.	Kalkgehalt im Liter Urin g	Durchschnittl. Kalkgehalt v. je 6 Tagen im Liter. (In Klammer für die 24stünd. Urinmenge berech.) g	Tägliche Zahl der Norm.-Tabl.	Kalkgehalt im Liter Urin g	Durchschnittl. Kalkgehalt v. je 6 Tagen im Liter. (In Klammer für die 24stünd. Urinmenge berech.) g
2			2		
2	0,20		2	0,10	
2		0,20	4		0,17
2	0,20	(0,24)	4	0,20	(0,25)
4			4		
4	0,20		4	0,20	
4			6		
6	0,30		6	0,20	
6		0,28	8		0,30
8	0,30	(0,34)	8	0,30	(0,45)
8			10		
10	0.25		10	0,40	
10			12		
12	0,30		12	0,40	
12		0,35	12		0,33
12	0,35	(0,42)	12	0,35	(0,49)
12			12		
12	0,40		12	0,25	

A			B		
Tägliche Zahl der Norm.-Tabl.	Kalkgehalt im Liter Urin g	Durchschnittl. Kalkgehalt v. je 6 Tagen im Liter. (In Klammer für die 24stünd. Urinmenge berech.) g	Tägliche Zahl der Norm.-Tabl.	Kalkgehalt im Liter Urin g	Durchschnittl. Kalkgehalt v. je 6 Tagen im Liter. (In Klammer für die 24stünd. Urinmenge berech.) g
12			12		
10	0,30		12	0,20	
10		0,27	10		0,23
8	0,20	(0,32)	10	0,30	(0,34)
8			8		
6	0,30		8	0,20	
6			6		
4	0,40		6	0,25	
4		0,33	4		0,28
4	0,35	(0,40)	4	0,35	(0,42)
4			2		
2	0,25		2	0,25	
2			0		
2	0,20		0	0,20	
2		0,23	0		0,17
0	0,30	(0,28)	0	0,20	(0,25)
0			0		
0	0,20		0	0,10	
0			0		
0	0,20		0	0,10	

Tabelle 4.

Kalkausscheidung bei Darreichung von Chlorkalklösung an dieselben beiden Leute A und B wie auf Tabelle 3.

A				B			
Kalklösung in Eßlöffeln pro Tag	Entsprech. Anzahl von Norm.-Tabl.	Kalkgehalt im Liter Urin g	Durchschnittl. Kalkgehalt von je 6 Tagen im Liter. (In Klammer für die 24stündige Urinmenge berechn.) g	Kalklösung in Eßlöffeln pro Tag	Entsprech. Anzahl von Norm.-Tabl.	Kalkgehalt im Liter Urin g	Durchschnittl. Kalkgehalt von je 6 Tagen im Liter. (In Klammer für die 24stündige Urinmenge berech.) g
1	3			1	3		
1	3	0,20		1	3	0,20	
2	6		0,25	2	6		0,17
2	6	0,30	(0,30)	2	6	0,10	(0,25)
2	6			3	9		
2	6	0,25		3	9	0.20	
3	9			3	9		
3	9	0,20		3	9	0,25	
3	9		0,28	3	9		0,35
3	9	0,25	(0,34)	3	9	0,40	(0,52)
3	9			4	12		
3	9	0.40		4	12	0,40	
4	12			4	12		
4	12	0,40		4	12	0,30	
4	12		0,40	4	12		0,37
4	12	0,40	(0,48)	4	12	0,40	(0,55)
4	12			3	9		
4	12	0,40		3	9	0,40	
3	9			3	9		
3	9	0,40		3	9	0,40	
3	9		0,45	3	9		0,30
3	9	0,50	(0,54)	3	9	0,20	(0,45)
3	9			2	6		
3	9	0.45		2	6	0,30	
2	6			2	6		
2	6	0,40		2	6	0,30	
2	6		0,43	1	3		0,30
2	6	0,50	(0,52)	1	3	0,35	(0,45)
1	3			1	3		
1	3	0,40		1	3	0,25	
1	3			1	3		
1	3	0,30		1	3	0,20	
1	3		0,27	1	3		0,18
1	3	0,25	(0,32)	1	3	0,15	(0,27)
0	0			0	0		
0	0	0,25		0	0	0,20	
0	0			0	0	0,20	
0	0	0,20		0	0		
0	0						
0	0	0,20					

II. Referate.

Dr. med. **F. Windrath**, Chefarzt der Auguste-Viktoria-Knappschaftsheilstätte Beringhausen bei Meschede: **Durch Bakterium coli commune verseuchte Trinkwasserbrunnen als Ursache von Bronchopneumonien.** (Medizin. Klinik, 1916, No. 4.)

Während des heißen Frühjahrs 1915 — innerhalb fünf Wochen war kein Tropfen Regen gefallen — erkrankten in einem Zeitraum von 10—14 Tagen von 13 Einwohnern einer Ortschaft, nachdem dieselben mehrere Tage vorher an Störungen von seiten des Darmkanals gelitten hatten, acht akut an Bronchopneumonie. Im Auswurf und im Trinkwasser wurde mikroskopisch sowohl wie auch im Kulturverfahren massenhaft Bacterium coli nachgewiesen. Tierversuche zeigten, daß dieses Bacterium coli eine hohe Pathogenität besaß, und zwar überwog die Pathogenität der aus dem Sputum gezüchteten Bakterienstämme bei weitem die aus dem Trinkwasser gezüchteten. Die Pathogenität letzterer konnte jedoch durch Ueberimpfung auf Jaucheagar wesentlich erhöht werden. Das Trinkwasser entstammte Kessel- oder Flachbrunnen, deren Anlage als durchaus unhygienisch bezeichnet werden mußte. Daß unter solchen Umständen ein niedriger, fast stagnierender Grundwasserspiegel in Zeiten großer Dürre besonders gefährlich werden kann, leuchtet ein. So erklärten sich leicht: einmal die Tatsache, daß nach Aussage der Bewohner bei jeder längere Zeit anhaltenden Dürre das Trinkwasser schlecht werde und Fiebererkrankungen unter ihnen aufträten, sodann, daß mit Schließung der Brunnen die Erkrankungsfälle diesmal aufhörten, schließlich aber auch die Proportionalität, welche zwischen dem Grade der Verseuchung des Trinkwassers und der Schwere der Erkrankung bestand. Was das Zustandekommen der Koliinfektion vom Darm aus betrifft, so ist anzunehmen, daß bei den schon längere Zeit bestehenden Darmerkrankungen virulente Kolistämme auf dem Wege der Lymph- und Blutbahnen in die Lungen gelangt sind. Kr.

Dr. **C. Stamm**: **Fehlen der großen Gallenwege und der Gallenblase.** (Archiv f. Kinderheilkunde, Bd. 65, H. 5 u. 6.)

Bei einem im Alter von 11 Wochen verstorbenen Säugling bestand seit Geburt Ikterus. Der Leib war meteoristisch aufgetrieben, die Leber überragte den Rippenbogen um drei Querfinger, ihr Rand war scharfrandig, uneben, höckrig. Die Sektion ergab völliges Fehlen der Gallenwege, weder war Gallenblase noch Ductus hepaticus oder choledochus vorhanden. Der Fall ist dadurch bemerkenswert, daß das Kind 11 Wochen am Leben blieb. R.

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **E. Payr** (Leipzig): **Ueber Gasphlegmone.** (Medizin. Klinik, 1916, No. 17.)

A. Bier hat sich kürzlich über die Gasphlegmone dahin geäußert, daß sie eine nahezu spezifische Erkrankung des Muskelgewebes darstellt; in diesem allein spielen sich die schweren Veränderungen ab, von diesem gehe die Gasbildung aus. Eine Unterscheidung zwischen epifascialen, klinisch fast immer gutartigen, und subfascialen, häufig malignen Formen, habe keine Berechtigung. Die aus dieser Unterscheidung gezogenen Folgerungen für eine individualisierende operative Behandlung seien demnach ebenso unrichtig. Er verspricht die Mitteilung eines konservativen Verfahrens, durch das man die Gasphlegmone der Glieder fast ausnahmslos ohne jede Operation heilen kann. Eine operative Behandlung dieser Wundinfektionskrankheit wird sich demnach erübrigen. Nach Payrs Erfahrungen ist diese Biersche Lehre sehr anfechtbar. Nach Payr ist es Ansichtssache, ob man eine epi- und subfasciale Form der Gasphlegmone anerkennt oder ablehnt; es ist gleichgültig, ob man bei oberflächlicher Lage des Prozesses viele kleine oder einige große Inzisionen macht, es ist aber bis jetzt unsere Pflicht, den Infektionsherd, wo immer er sitzen mag, mit dem Messer breit freizulegen, wenn möglich, frühzeitig die infizierte Wunde auszuschneiden, die keimtragenden Fremdkörper zu entfernen. Es erscheint P. bedenklich, durch die Ankündigung eines vielversprechenden, unblutigen Verfahrens, das während dieses Krieges im besten Falle auf größere Lazarette hinter der Front beschränkt bleiben muß, an dem zum Heile unserer Verwundeten tausendmal erprobten Grundsatze der operativen Behandlung der Gasphlegmone zu rütteln; nicht alle unsere Aerzte im Felde sind chirurgisch vorgebildet, und gerade bei diesen müssen die Worte Biers Zweifel an der Richtigkeit des bisherigen Vorgehens erwecken. Die bisherigen Erfolge bei der Inzisionsbehandlung der Gasphlegmone sind nicht schlecht. Die Mortalität, die im Anfang des Krieges mit 50, dann mit 30 Proz. beziffert wurde, ist auf 15, ja auf 10 Proz. gesunken. Kr.

Dr. **William Levy** (Berlin): **Zur Exartikulation im Schultergelenk.** (Zentralbl. f. Chir., 1916, No. 12.)

Bei der Exartikulation im Schultergelenk haben wir bis jetzt die Insertionen des Pectoral. maj., des Latissimus dorsi und Teres major vom Oberarmbein abgeschnitten. Verf. Vorschlag geht dahin, das Knochenstück, an dem diese drei Muskeln am Oberarmbein sich inserieren, in Zusammenhang mit ihnen in der Wunde zurückzulassen. Der Vorteil dieses Vorschlages ist ein doppelter. Nach vollendeter Heilung liegt unter der Amputationsnarbe ein geschlossener Ring, an den sich von außen der Deltoideus anlegt. Der Ring wird gebildet lateral von der erhaltenen Platte des Oberarmbeins, vorn vom Pectoralis maj., hinten vom Latissimus dorsi und Teres maj., medial von der seitlichen Brustwand. Die großen Muskeln, welche den vorderen und hinteren Rand der Achselhöhle bilden, behalten ihre feste Insertion; ihre großen und kräftigen Fleischmassen werden in ihrer Form und in ihrer Arbeits-

leistung erhalten. Die Erhaltung der Form ist wichtig für die spätere Anlegung der Prothese. Noch wichtiger ist vielleicht die Erhaltung der Arbeitsleistung, denn der Muskel-Knochenring kann mit erheblicher Kraft willkürlich verengt werden. Dadurch ist eine Kraftquelle erhalten, deren Verwertung es möglich macht, auch nach der Exartikulation im Schultergelenk einen künstlichen Arm mit willkürlich ausführbarer Bewegung anzulegen. Wie unter normalen Verhältnissen bleibt die Grube der Achselhöhle erhalten; sie kann noch erheblich vertieft und in einen Kanal verwandelt werden, wenn man einen Einschnitt in die Mohrenheimsche Grube macht, die Wunde soweit vertieft, bis sie frei in die Achselhöhle unter dem Pectoral. maj. mündet und ihre Ränder mit Haut umsäumt. Man denke sich nun, sagt Verf., in diesem Kanal ein Instrument ungefähr von der Form eines Blasebalges eingelegt; die Kraft, mit welcher der Ring den Blasebalg zusammendrückt, ist mehr als ausreichend, um mit Benutzung eines sinnreichen Vorschlages des älteren Charrière den Kunstarm im Ellenbogen zu beugen und die Zangenbewegung der vom Verf. empfohlenen Kunsthand auszuführen.

Prof. **Georg Schöne** und Dr. **Fritz Uhlig** (Greifswald): **Zur Technik der Anastomosenbildung zwischen Darmteilen sehr verschiedener Weite.** (Zentralbl. f. Chirurgie, 1916, No. 13.)

Bei der Herstellung einer Anastomose zwischen Darmteilen sehr verschiedener Weise stößt man gelegentlich auf Schwierigkeiten, welche durch die extreme Enge des abführenden Schenkels bedingt sind. Dies gilt nicht nur für die axiale, sondern gelegentlich auch für die seitliche Vereinigung. Es sind viele Versuche gemacht, die Schwierigkeiten zu überwinden und es gibt eine ganze Reihe von Mitteln. Führen diese Maßnahmen nicht zum Ziele, so läßt sich die Erweiterung des Darmes sicher und schonend durch Aufblähung herbeiführen. Die Verff. haben die verschiedensten Maßnahmen durchdacht, bis sie schließlich in der von Uhlig zur Erwägung gestellten Aufblähung das geeignete Mittel erkannten. Nehmen wir an, daß bei einer eingeklemmten, brandigen Dünndarm-Schenkelhernie die Anastomose vorausgeschickt wird, so wird man folgendermaßen verfahren: Das Abdomen wird in typischer Weise oberhalb der Bruchpforte eröffnet; die Stelle für die Anastomose wird bestimmt. Der zuführende Schenkel wird in der üblichen Weise abgeklemmt, der abführende zunächst nur peripher, und zwar ein gutes Stück unterhalb der für die Vereinigung ausersehenen Stelle. Jetzt kann man etwas verschieden vorgehen: entweder man legt zuerst die erste fortlaufende Serosa-Serosanaht an und bläht erst jetzt auf, oder man beginnt mit der Aufblähung und läßt die Serosa-Serosanaht folgen. Im ersten Falle bestimmt man nach Fertigstellung der ersten Serosa-Serosanaht die Linie, in welcher der das Lumen des abführenden Schenkels eröffnende Schnitt fallen soll. In der Mitte derselben wird eine feinste, mit einem Gebläse verbundene Pravaznadel schräg durch die Darmwand in die Darmlichte eingestochen. Der Darm wird vorsichtig und langsam aufgeblasen. Das Maß, wie weit man zu gehen hat, ergibt sich von selbst. Das nicht sterile Gebläse (Verbindungsschlauch steril!) wird zweckmäßig von einer bei der Operation sonst nicht beschäftigten Person bedient. Die Nadel wird zurückgezogen. Bei richtiger Technik (feinste Nadel, schräges Durchstechen) weicht die Luft nicht aus. Nach einigem Zuwarten werden beide Darmteile eröffnet; am aufgeblähten Darm fällt der Schnitt genau durch den Stich. Wenn man vor dem Aufschneiden etwas Geduld gehabt hat, sieht man, daß der erweiterte Darm zwar vielleicht etwas, aber nicht in störender Weise wieder zusammensinkt. Bei der Eröffnung des geblähten Darmes durch den Schnitt spritzt flüssiger Darminhalt nicht oder kaum heraus, weil der abführende Schenkel in solchen Fällen leer zu sein pflegt. Immerhin wird man gut abdecken. Jetzt wird die Anastomose beendet. Man kann auch die Aufblähung vor der Anlegung der ersten Serosa-Serosanaht vornehmen.

Prof. **Orth: Glyzerin-Ersatz.** (Berl. klin. Wochenschr., 1916, No. 18.)

Verf. hat seit 4 Monaten den Glyzerin-Ersatz „Perglyzerin“ auf seine Brauchbarkeit sowohl für mikroskopische Untersuchung als auch für makroskopische Konservierung geprüft. Nach beiden Richtungen waren die Erfolge sehr befriedigend. Mit Sudan gefärbte mikroskopische Präparate sind noch nach 2 Monaten tadellos erhalten, ein Schnitt einer Amyloidmilz hat wochenlang die blaue und rote Farbe gut gezeigt, erst allmählich ist eine Abblassung eingetreten. Nach Kaiserling oder nach Pick hergestellte makroskopische Präparate haben ebenfalls zum Teil seit schon 4 Monaten Blut-, Fett-, Luteinfarben vortrefflich erhalten und sind für mikroskopische Untersuchung mit Kernfarbstoffen, mit Sudan, mit von Gieson-, Weigerts Elastica-Färbung noch durchaus brauchbar, so daß Verf. jetzt alle Sammlungspräparate nur noch mit diesem Mittel herstellen läßt. Es gibt wasserhelles Perglyzerin und solches mit gelblichem Farbenton; in bezug auf makrokospische Konservierung kann Verf. nur für die Brauchbarkeit der ersten Sorte einstehen.

Kr.

III. Bücherschau.

Die Objektivierung nervöser Beschwerden im Kriege. Von Dr. **Kurt Singer** (Berlin). (Würzburger Abhandl., XVI. Band, 1. Heft.) Würzburg 1916, Verlag von Curt Kabitzsch. 15 S. 0,85 M.

Mit der Vortäuschung oder Uebertreibung von Krankheitszeichen muß jeder im Versicherungswesen als Gutachter tätige Arzt rechnen und die Methoden ihres Nachweises sicher beherrschen. Eine nicht minder große Bedeutung hat dieses Gebiet für die im Heeresdienst beschäftigten Kollegen. Dies braucht hier nicht im einzelnen ausgeführt zu werden. Der weniger Erfahrene wird gut tun, durch Selbststudium sich die erforderlichen Vorkenntnisse zu verschaffen. Die vorliegende Abhandlung gibt eine Reihe brauchbarer Winke, auf dem Gebiet der Nervenkrankheiten Simulation und Aggravation richtig zu beurteilen. Die Schrift kann daher manchen jüngeren Aerzten nützliche Dienste leisten.

Das Milzproblem. Von Prof. Dr. **Kurt Ziegler,** Direktor der med. Poliklinik in Freiburg i. Br. Berliner Klinik, Heft 317, Oktober 1915. Berlin, Fischers medizin. Buchhandlung (H. Kornfeld). 24 S. 0,60 M.

Die Bedeutung der Milz im Organismus wurde erst von der Forschung der letzten Jahrzehnte unserem Verständnis näher gebracht. Verf. gibt in dieser Abhandlung einen Ueberblick über die Funktion der Milz. Die Milz und ihr übergeordnetes System, der ganze Blutzellenapparat zusammen mit besonderen Zellen der Zwischengewebe sind als die eigentlichen Organe für die intermediären Stoffwechselvorgänge zu betrachten. Ferner hat dieses Organsystem die Aufgabe, alles funktionsuntüchtige Zellmaterial zu lösen, aufzunehmen und zu weiterer Verwendung in spezifischer Organtätigkeit oder als Bausteine für neu erstehendes Zelleben brauchbar zu machen. Endlich ist die Milz auch die Sammelstätte aller Abwehrkräfte des Organismus gegenüber bakteriellen oder sonstigen giftig wirkenden Stoffen. Die normale Einstellung der Milz auf die Vernichtung minderwertigen Blutzellmaterials kann aber auch zu schwerer funktioneller Störung und allgemeinen Gewebsveränderungen führen.

R. L.

IV. Tagesgeschichte.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Durch Verleihung des **Eisernen Kreuzes erster Klasse** wurden ausgezeichnet der Chirurg Prof. Dr. Coenen in Breslau und der Frauenarzt Stabsarzt d. R. Dr. B. Hallauer in Berlin.

Marburg. Dr. A. E. Ruete hat sich für Hautkrankheiten habilitiert.

Dresden. Der vor kurzem im Alter von 55 Jahren verstorbene Industrielle Wirkl. Geh. Rat Dr. med. h. c. Lingner — in weiteren Kreisen besonders als Erzeuger des Mundwassers Odol bekannt geworden — dem vor einigen Jahren wegen seiner Verdienste um das Zustandekommen und die Leitung der Dresdener internationalen Hygiene-Ausstellung von der Universität Bern ehrenhalber die medizinische Doktorwürde verliehen wurde, hat der medizinischen Fakultät dieser Hochschule ein Legat von 100 000 M. gestiftet.

Wien. Neueren Nachrichten zufolge ist Dr. R. Barany, der jüngste Träger des medizinischen Nobelpreises, der bei der Einnahme von Przemysl durch die Russen in Gefangenschaft geraten war, auf Betreiben der schwedischen Regierung von dort freigelassen worden und kürzlich in Schweden angelangt.

Budapest. Der außerordentliche Professor der Chirurgie Hofrat Dr. J. Janny v. Fehervar ist im Alter von 74 Jahren gestorben.

Zürich. Prof. Dr. Ferdinand Sauerbruch hat die Berufung nach Königsberg abgelehnt.

Kongreß- und Vereinsnachrichten.

Cöln. Mit der hier veranstalteten **Ausstellung für Kriegsfürsorge** soll vom 21.—26. August ein Kongreß verbunden sein, auf dem die Frage der Beschädigtenfürsorge von Vertretern aller in Betracht kommenden Kreise der Wissenschaft und des wirtschaftlichen Lebens erörtert werden soll. Als Einleitung zu dem eigentlichen Kongresse findet eine Tagung der **Deutschen Vereinigung für Krüppelfürsorge** statt. Auf die Ausstellung wird auch die Charlottenburger Sonderausstellung von Ersatzgliedern und Arbeitshilfen für Kriegsbeschädigte, Unfallverletzte und Krüppel und die im Kaiserin-Friedrich-Haus befindliche „Kriegsärztliche Ausstellung“ übergeführt werden.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: San.-Rat Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil S. Caspari, Berlin-Schöneberg
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW. 68, Alexandrinenstraße 110.

85. Jahrgang **Berlin, 1. Juli 1916** **No. 27**

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Steinplatz 105 56

85. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W. 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Zum Kapitel Aneurysma.

Von

Dr. **Karl Wagner**, k. k. Regimentsarzt i. E.
Kommandant des k. u. k. Reservespital No. 2. in Laibach.

Es sollen im folgenden kurz zwei Fälle von Aneurysma großer Gefäße geschildert werden, von denen der eine wegen besonderer Verhältnisse bei der Indikationsstellung zur Operation nicht uninteressant ist.

Fall 1. Patient gibt an, daß er vor 13 Tagen durch ein in seiner Nähe einschlagendes Artilleriegeschoß verletzt wurde. Da sofortige Bewußtlosigkeit eintrat, kann er keine genauere Auskunft geben. Er spricht von Steckschuß der rechten Schulter. Tatsächlich fand sich in der Gegend der rechten Scapula eine kleine, reaktionslose Wunde, die als Einschußöffnung imponieren konnte, doch nur als Folge eines sehr kleinen Granatsplitters oder eines Infanteriegeschosses eventl. in Betracht gekommen wäre. Die Röntgenuntersuchung ergab jedoch ein vollständig negatives Resultat. Im übrigen war folgender Befund zu erheben: Die sonst unverletzte Haut an der Innenseite des Thorax rechts, an der Schulter- sowie an der Innenseite des rechten Oberarmes durch ausgebreitete Blutunterlaufungen verfärbt; die beschriebenen Stellen geschwellt, insbesondere der Arm in toto ödematös. Eigentliche infektiös entzündliche, phlegmonöse Vorgänge waren nicht ausgeprägt, obwohl das tiefere Gewebe, wie Muskeln, geschädigt schien und an der Schwellung beteiligt war. Puls an der Radialis rechts kleiner als links, Lähmung des Medianus und Radialis, Parese der übrigen Armnerven, auskultatorisch an der Innenseite des Oberarmes und in der Axilla das typische Aneurysmageräusch. Exzessive Schmerzen im Arme, die sich jedoch auf Druck nicht wesentlich steigerten. Die Temperatur schwankte zwischen 37° und 38°. Ich wollte mich trotz wiederholter Bitten des Patienten nicht zu einem sofortigen Eingriffe entschließen, da die im allgemeinen geforderten drei Wochen seit der Verletzung noch nicht verstrichen waren und da — vielleicht mit Ausnahme der besonderen Heftigkeit der Schmerzen, deren Bekämpfung hohe Morphindosen verlangte — sonst keine strikte Indikation für den sofortigen Eingriff bestand. Am 19. Tage nach der Verletzung entschloß ich mich auf dringendes Bitten des Patienten und da die Vorwölbung in der Axilla nahe der Ansatzstelle des Oberarmes im Zunehmen begriffen war, ja den Eindruck einer Erweichung und Verdünnung der Gewebe, ähnlich einer Gewebslücke bei Phlegmone machte, und da endlich gleichzeitig die Temperatur 38,4° erreichte, zum Eingriffe. Hier möchte ich einflechtend bemerken, daß man mit der Beurteilung der Zugehörigkeit der Temperatur zu einem vorliegenden Prozesse bei Verwundeten sehr vorsichtig sein muß. Temperaturerhöhungen treten bei Leuten, die an frische Luft und reichliche Bewegung gewöhnt sind, sehr häufig auf, wenn sie nach der Einlieferung in das Spital ans Bett gefesselt sind. Diese Temperatursteigerungen, welche auf Darmprozesse oder allgemein auf eine radikale Stoffwechseländerung zurückzuführen und vorübergehend sind, bereiten oft erhebliche differentialdiagnostische Schwierigkeiten und erschweren dadurch gleichzeitig die Indikationsstellung zu chirurgischen Eingriffen.

Da ich auf dem Standpunkt stehe, daß der Patient über die Gründe, die zur Operation jeweils zwingen, sowie über die Art der Operation so eingehend wie möglich belehrt werden soll, wurde der Kranke auch in diesem Falle genau instruiert und besonders betont, daß sich bei der Operation die Notwendigkeit der Amputation ergeben könne. Die Absetzung des rechten Oberarmes wurde verweigert. Da ich unter solchen Umständen erklärte, von einem Eingriffe absehen zu müssen, bat der Patient neuerdings dringend, ich möge die Gefäßnaht unter Erhaltung des Armes wenigstens versuchen, er willige in eine nachträglich wegen Gangrän notwendige Amputation ein. Mein Einwand, daß ihm dieses Zuwarten das Leben kosten könne, fruchtete nichts; und schließlich überwanden die Bitten des Verwundeten und mein Erbarmen meinen vom objektiven ärztlichen Standpunkte gerechtfertigten Widerstand. Nach Eröffnung der oberflächlichen Weichteile zeigte sich die Muskulatur an der Innenseite des Oberarmes schwärzlich verfärbt, feucht nekrotisierend, doch ohne üblen Geruch; also nicht zerstört durch Infektion, sondern in einem Zustande, den man der Autolyse vergleichen könnte, bedingt durch die schwere Schädigung infolge Quetschung durch stumpfe Gewalt. Freilich kann ich beginnende Infektionsvorgänge nicht ausschließen. An der Stelle der schon oben geschilderten Vorwölbung war die die Wand des Aneurysmas bildende Muskulatur schon derart verdünnt, daß ein Durchbruch jeden Augenblick zu gewärtigen war, was eine um so unangenehmere Komplikation der Operation bedeutet hätte, als das Aneurysma — es handelte sich um ein Aneurysma spurium arteriovenosum — sich zentralwärts unter den Pectoralis minor fortsetzte. Ich mußte also zunächst zur temporären Resektion des Pectoralis major und minor schreiten. Dabei zeigte es sich, daß sich das Aneurysma spindelförmig bis knapp an den medialen Rand des Pec-

toralis minor erstreckte. Mit Rücksicht darauf, daß unter den gegebenen Bedingungen das Aeußerste zur Herstellung eines Kollateralkreislaufes versucht werden mußte, schonte ich die Vena cephalica, sowie Arteria und Vena thoracica longa (der Nerv soll eo ipso geschont werden) mit der Absicht, im Falle einer Unterbindung die Vena subclavia zentralwärts davon zu unterbinden. Nach temporärer Abklemmung der Arteria und Vena subclavia mit geschützten Klemmenarmen wurde das Aneurysma leicht stumpf ausgelöst, und es zeigte sich, daß die Arterie wie Vene, in einer Ausdehnung von ungefähr 8 bis 10 cm an vielen Stellen zerrissen, wie Drähte durch den aneurysmatischen Hohlraum freischwebend zogen. Die Nerven, desgleichen vielfach beschädigt, wurden so gut es ging versorgt; die Naht der Arterie gelang jedoch nur unter derartiger Reduzierung des Lumens, daß eine ausreichende Versorgung der Peripherie nicht zu gewärtigen war; die Vene, deren Wand, soweit sie erhalten war, gangränös verändert erschien, hielt die Nähte an mehreren Stellen nicht, so daß zur Unterbindung geschritten werden mußte. Nach Abnahme der Klemmen pulsierte die Arteria subclavia kräftig, die Nahtstelle kaum merklich, an der Radialis kein Puls fühlbar. Die Amputation des Armes wäre also indiziert gewesen, um so mehr, als erfahrungsgemäß in gangränöser Umgebung — auch wenn keine typischen infektiösen Vorgänge des absterbenden Gewebes gleichzeitig vorliegen — aufsteigende Thrombose eher zu erwarten ist, wenn durch die nachträglich eintretende Gangrän größerer Körperabschnitte (Arm, untere Extremität) reichlich toxische Produkte gebildet werden. Da der Patient vor der Narkose die Amputation verweigert hatte, konnte dieselbe nicht sofort ausgeführt werden. Die am zweiten Tage nach der Operation im Einverständnis mit dem Patienten vorgenommene Ablatio konnte den Exitus nicht verhindern, da bei ausgedehnter Gangrän die Toxämie rapide Fortschritte machte und deutliche Symptome der fortschreitenden Thrombose bereits bestanden.

In diesem Falle bestand also an und für sich die Indikation zur Operation; der Patient griff durch seine Bedingungen — menschlich selbstverständlich ganz begreiflich, handelte es sich doch um den rechten Arm — derart in die Technik der Operation ein, daß der durch letztere beabsichtigte Erfolg ausbleiben, ja sich ins Gegenteil umwandeln mußte. Es fragt sich nun, soll der Arzt unter solchen Umständen die Operation verweigern? Wollte man einen strengen Standpunkt einnehmen, so müßte man die Frage bejahen. In diesem Falle jedoch wäre bei meinem Patienten mit Sicherheit nach kurzer Zeit der Durchbruch des Aneurysmas in der Axilla eingetreten, also an einer Stelle, an der die rechtzeitige Beherrschung der Blutung kaum möglich gewesen wäre, zumal sich, wie oben beschrieben, das Aneurysma zentralwärts fortsetzte. Neben dieser trockenen Ueberlegung aber dürfen wir eines treibenden ethischen Momentes nicht vergessen: des Mitleids. Mit diesem keimt angesichts der Qualen und Bitten des Patienten in uns oft gegen unser besseres Wissen die Hoffnung auf: vielleicht gelingt's. Daher, meine ich, ist in solchen Fällen die Operation indiziert trotz mancher berechtigten Einwände.

Fall 2. Granatverletzung an der Innenseite beider Oberschenkel. Während der ersten vier Tage des Spitalsaufenthaltes — Verletzung drei Tage vor der Aufnahme — weder allgemein noch lokal irgendein Symptom, welches zu radikalen Maßnahmen gezwungen hätte. Am 5. Tage plötzlich Temperaturerhöhung, an der Innenseite des rechten Oberschenkels in der Umgebung der handtellergroßen Streifwunde Fluktuation, entzündliche Rötung. Puls an der Arteria tibialis postica hinter dem Malleolus internus zu fühlen, weder durch Befühlen noch durch Auskultation am Oberschenkel von einem Aneurysma etwas nachweisbar. Ich beschloß, lediglich durch Spaltung von Haut und Faszie, die Entleerung des Abszesses (in Narkose). Nach Eröffnung entleerte sich eine mäßige Menge Eiters, dem reichlich altes gestocktes Blut folgte; der tastende Finger gelangte ungefähr in der Mitte des Oberschenkels unter eine taubeneigroße, schwirrende, pulsierende Vorwölbung, die durchzubrechen drohte. Die Umgebung dieser Geschwulst bestand in der durch die Entleerung des vereiternden Hämatoms entstandenen Höhle, deren Wände von gangränösen Muskeln gebildet wurden. Unter diesen Umständen legte ich, von der Oberseite des Schenkels eingehend, die großen Gefäße in typischer Weise frei. Arteria und Vena femoralis fanden sich in einer Ausdehnung von 9 cm zerfetzt, peripher thrombosiert, die langgestreckte, kaum 2 cm weite Höhlung zeigte nach obenhin die früher geschilderte, zum Durchbruche sich vorbereitende Ausbuchtung in die entleerte Hämatomhöhle. Ich stand vor der Frage: Unterbindung der Gefäße mit oder ohne Amputation? Für die Unterbindung mit Amputation sprach Gangrän der Umgebung des Hämatoms und Aneurysmas und die Erfahrung, daß es in solchen Fällen leicht zu aufsteigender Thrombose mit Verschluß der Kollateralen und sekundärer rapider Gangrän, Toxämie mit Exitus kommt; dagegen jedoch sprachen folgende Momente: Patient lag in Narkose, wurde vorher nicht um seine Einwilligung gefragt, der erhaltene Puls in der Tibialis postica und gute Ernährung der Extremität bei Thrombose der großen Gefäße, ziemlich zirkumskripte Gangrän am Oberschenkel. Es wurde daher die Unterbindung und offene Behandlung vorgezogen. Und tatsächlich verliefen die ersten 3½ Tage außerordentlich günstig. Plötzlich trat unter starken Schmerzen und Unruhe des bald benommenen Patienten Verfärbung der ganzen Extremität und der rechten Beckenseite ein. Dies alles spielte sich in wenigen Stunden ab, und die sofort vorgenommene hohe Amputation ergab Thrombose bis über die in diesem Falle kräftig entwickelte Arteria profunda femoris, die den Kollateralkreislauf gespeist hatte. Die thrombotischen Vorgänge setzten sich jedoch zweifellos ins Becken fort. Nach ungefähr 14 Stunden Exitus. Also auch in disem Falle der Symptomenkomplex: Umgebung der Unterbindungsstelle gangränös, Thombrose, Ausbreitung der Gangrän, Toxämie, rapider Verlauf. Die sofortige Amputation hätte den Patienten vielleicht retten können, eine Unterbindung in gesunder Umgebung war nicht möglich, da diese oberhalb der Abzweigung der Arteria femoris profunda hätte stattfinden müssen. Anderseits betone ich jedoch an dieser Stelle ausdrücklich, daß die Unterbindung in der Nähe gangränösen Gewebes hier häufig gelungen ist, ohne zur Thombrose zu führen oder von Gangrän gefolgt zu sein. Wollte man also aus den oben geschilderten beiden durch rapiden Verlauf ausgezeichneten Fällen, die ich aus einer großen Reihe günstig verlaufener herausgegriffen habe, die strikte Indikation zur Amputation in solchen und ähnlichen Lagen ableiten, so würde man das heilsame Prinzip des konservativen Vorgehens durchbrechen. Es ist ein geringeres Unglück, wenn ein oder zwei Fälle, welche ohnehin kaum zu retten gewesen wären, in der Indikationsstellung zweifelhaft bleiben, als wenn eben aus diesen Fällen die Indikationsstellung abgeleitet würde, derzufolge die Amputation, wie meine Erfahrungen mit der konservativen Chirurgie zeigten, auf Fälle ausgedehnt werden müßte, die ohne dieselbe zur Heilung gelangen. Wohl aber ist die Forderung aufzustellen, daß in solchen Fällen der Zustand des Patienten genauestens zu überwachen ist, und daß bei den ersten eindeutigen Zeichen der beginnenden Gangrän ohne Verzögerung amputiert werden sollte.

II. Referate.

Oberarzt der Reserve Dr. **G. Mann: Cholecystitis im Verlaufe des Typhus.** (Wiener medizin. Wochenschr., 1916, No. 9.)

Durch den Nachweis der Dauerausscheider und der Tatsache, daß die Typhusbazillen in die Galle ausgeschieden werden, ist der Zusammenhang vieler Gallenblasenerkrankungen mit vorausgegangenen Typhusinfektionen unbestreitbar geworden. In der Regel vergeht eine Latenzperiode zwischen der Infektion und dem Ausbruche der ersten Erscheinungen in der Gallenblase selbst; außerdem werden von einzelnen Autoren gewisse prädisponierende Momente angeführt, durch welche erst das Entstehen der Gallenblasenerkrankung begünstigt werden soll. Unter den zahlreichen und mannigfaltigen Verlaufseigentümlichkeiten, Begleiterscheinungen und Komplikationen, die man im gegenwärtigen Kriege bei Typhus zu konstatieren Gelegenheit hat, hat Verf. kürzlich zweimal das Auftreten einer typischen Cholecystitis acuta während des Typhus beobachtet. Daß das Auftreten einer Cholecystitis im Verlaufe des Typhus mit einer gesteigerten Virulenz der Krankheitserreger in Zusammenhang zu bringen sei, scheint Verf. wenig wahrscheinlich, weil man Gelegenheit genug hat, höchst schwere, septische Typhusfälle ohne Lokalerscheinun-

gen in der Leber zu sehen. Ob eine besondere individuelle Prädisposition im Verdauungstrakt oder im Gallensystem der betr. Patienten anzunehmen sei, läßt Verf. dahingestellt; jedenfalls war bei keinem seiner beiden Fälle in der Anamnese etwas zu ersehen, was irgendwie dahin gedeutet werden konnte.

J. Müller und **R. Pick** (Wien): **Experimentelle Untersuchungen über Typhusbazillen und Kleiderläuse.** (Wiener klinische Wochenschr., 1916, No. 14.)

A. Hase hat in seiner Biologie der Kleiderlaus (Zeitschr. f. angew. Entom., 1915, No. 2) die Vermutung ausgesprochen, daß Bakterien, die mit dem Blute in den Darmkanal der Laus gelangen, bei der enormen Darmperistaltik dieses Parasiten und der oft und rasch erfolgenden Defäkation noch lebensfähig ausgeschieden werden könnten, so daß die Fäces der Kleiderlaus eventuell eine Infektionsquelle abgeben würden. Widmann hat dies für Pneumokokken, Staphylokokken und Bacillus pyocyaneus durch Tierexperimente nachgeprüft und die Ausscheidung lebender Keime in den Läusefäces nachgewiesen. Mit Rücksicht auf die Bedeutung der Kleiderläuse als Krankheitsüberträger haben die Verfasser vorliegender Arbeit ihr Augenmerk auf das Verhalten der Typhusbazillen im Läuseorganismus gerichtet und zu diesem Zwecke Meerschweinchen mit Typhusbazillen parenteral infiziert und die erkrankten Versuchstiere nach der von Sikora angegebenen Methode mit Läusen besetzt. Auf diese Weise gelang es, aus dem Darminhalt fast sämtlicher Läuse, die an infizierten Meerschweinchen gesogen hatten, Typhusbazillen zu züchten, und zwar sowohl von lebenden als auch von bereits abgestorbenen Läusen. Letztere erwiesen sich noch ein bis zwei Tage nach dem Tode als infektiös. In einigen Fällen wurden auch aus den Fäces der zu diesen Versuchen verwendeten Kleiderläuse Typhusbazillen gezüchtet, womit bewiesen ist, daß auch Typhusbazillen den Darmkanal der Kleiderlaus ohne Einbuße ihrer Lebensfähigkeit passieren können. Diese Versuche scheinen den Verfassern von einer gewissen Bedeutung für die Frage der Uebertragung von Typhusbazillen durch Kleiderläuse zu sein, wobei allerdings hervorgehoben werden muß, daß die Zahl der im Blute von Typhuskranken kreisenden Bazillen eine recht geringe ist und daher die Wahrscheinlichkeit, daß mit dem Blute Typhuskranker Typhuserreger in den Darmkanal der saugenden Läuse gelangen, auch nicht groß ist. Immerhin ist dieser Fall mit Rücksicht auf die oben mitgeteilten Versuche nicht ganz auszuschließen und daher die Möglichkeit einer Typhusübertragung durch Läuse und deren Fäces so lange nicht von der Hand zu weisen, bis nicht experimentell das Gegenteil erwiesen ist.

Prof. Dr. **Max Joseph** (Berlin): **Ueber einen Glyzerinersatz für dermatologische Zwecke.** (Berl. klinische Wochenschr., 1916, No. 18.)

Die eingetretene Glyzerinknappheit macht sich in der dermatologischen Praxis, in der Urologie und für kosmetische Zwecke sehr lästig bemerkbar. Ein vollwertiger Ersatz für das Glyzerin hat sich nun neuerdings in zwei Mitteln gefunden, welche von Prof. Neuberg dargestellt sind. Es handelt sich um zwei organische Substanzen aus der Fettreihe, welche dem Glyzerin in ihrer Zusammensetzung ähnlich und in physikalisch-chemischer Hinsicht fast völlig gleich sind. Die beiden Stoffe werden unter dem Namen Perglyzerin und Perkaglyzerin von der Chemischen Fabrik Winkel am Rhein, vorm. Goldenberg, Geromont u. Co. in den Handel gebracht. Sie haben sich nach Verfassers Versuchen für die dermatologisch-kosmetischen und urologischen Zwecke vortrefflich bewährt. Insbesondere zeigen die beiden neuen Mittel die beim Glyzerin geschätzten Eigenschaften der Wasseranziehung und Schlüpfrigkeit in vollkommener Weise. Perglyzerin und Perkaglyzerin unterscheiden sich nur wenig. Beiden fehlt der süße Geschmack des Glyzerins, der ja höchstens für die innerliche Verabreichung von Belang ist und durch Zusatz von Saccharin oder Zucker leicht hergestellt werden kann. Perkaglyzerin ist im Gebrauch dem Perglyzerin vorzuziehen, da es noch schlüpfriger und stärker wasseranziehend ist. Zunächst interessierte es Verf., ob bei den Trockenpinselungen, die er bei trocknen Dermatosen mit großem Erfolge verwendet, das Perkaglyzerin den gleichen schnell trocknenden Charakter dieses Arzneigemisches verbürgt, wie wir es von dem alten Glyzerin gewohnt sind. Die Heilerfolge waren bei einer Reihe von Ekzemen die gleichen wie bei der alten Glyzerinmischung. Hiernach ging Verf. dazu über, das Perkaglyzerin gegen Hautsprödigkeit, besonders gegen aufgesprungene Hände und Lippen zu benutzen. Der Effekt war der gleiche. Ebenso ist für kosmetische Zwecke ein Perkaglyzerin-Honig-Gelee gewiß bestimmt, das alte Glyzerinhoniggemisch oder Kaloderma zu ersetzen, wie auch ein Perkaglyzerin-Coldcream das Unguent. leniens zu verdrängen scheint. Für seborrhoische Prozesse empfiehlt Verf. noch ein Perkaglykovin, eine Mischung von Gelbei 20,0, Gummi arab. 1,0 und Perkaglyzerin 25,0. — Bei dem allmählich immer stärker fühlbaren Mangel an Seifen interessiert es, daß man ebenfalls eine Perkaglyzerinpaste zum Waschen des Gesichtes und der Hände verwenden kann. Auch zu Haarwässern kann Verf. das Perkaglyzerin empfehlen. Schließlich ist nach Verfassers Erfahrungen auch in der Urologie das Perkaglyzerin dazu berufen, einen vollwertigen Ersatz für das alte Glyzerin abzugeben.

Kr.

Prof. **Fischl** (Prag): **Ein neues Blutstillungsmittel.** (Archiv f. Kinderheilkunde, Bd. 65, H. 3 u. 4.)

Das neue Mittel ist ein Lungenextrakt, der fabrikmäßig jetzt von den Luitpold-Werken, chemisch-pharmazeutische Fabrik G. m. b. H., München, unter dem Namen „Haemostaticum Fischl" hergestellt und den Kollegen, die sich für das Mittel interessieren, zur Verfügung gehalten wird. R.

Dr. **Philipp Amend**, Assistenzarzt d. Res. am Fest.-Lazarett 2, Germersheim: **Die Behandlung hartnäckiger Initialsklerosen mit Pepsin-Salzsäure-Umschlägen.** (Dermatol. Wochenschr., Bd. 62, No. 13.)

Während im allgemeinen die luetischen Primäreffekte unter kombinierter Salvarsan-Quecksilberbehandlung rasch abheilen, gibt es Fälle, bei denen die bestehenden Ulcerationen zwar rasch zum Verschwinden gebracht werden, jedoch unter Bestehenbleiben einer derben Infiltration. Eine solche hartnäckige Induration wird besonders unangenehm empfunden, wenn sie noch die einzige Erscheinung der Syphilis bildet und verhindert, damit behaftete Soldaten nach reichlicher antiluetischer Behandlung als „symptomlos" felddienstfähig zur Truppe zu entlassen. Eine Verschärfung der spezifischen Behandlung (eine Kur besteht in genanntem Lazarett aus 3,6 g Neosalvarsan intravenös und 0,25—0,3 Hydrargyr. bichlorat. intramuskulär) zeitigte keine befriedigenden Erfolge. Ebenso wirkungslos erwiesen sich Umschläge mit essigsaurer Tonerde und Jodpinselungen. Schließlich brachte Verf. Umschläge mit Salzsäure-Pepsin-Lösung (Acid. hydrochloric., Pepsin āā 1,0 : 100,0) in Anwendung, da er wußte, daß bereits früher P. G. Unna eine 1prom. Lösung von Pepsin vielfach mit Erfolg gegen nichtspezifische Narben und Keloide angewendet hatte. Die Einschmelzung des indurierten Gewebes erfolgte durch die 3 bis 4 Stunden pro Tag gemachten Umschläge so glatt, daß nach 8- bis 14tägiger Behandlung meist Entlassung zum Dienst erfolgen konnte.

Dr. **S. Loewenthal**, Stabsarzt d. L. und fachärztl. Beirat: **Ueber die Behandlung der Nervenverletzungen.** (Berl. klinische Wochenschr., 1916, No. 9.)

Schmerzen und Lähmungen sind die beiden Symptome, die das Interesse des Arztes bei den Nervenverletzungen in besonderem Maße wachrufen. Die Ursache der Schmerzen ist sicher keine einheitliche. Wahrscheinlich entstehen sie zum Teil im Nervenstamm selbst (durch Blutungen, Oedeme), zum Teil durch die Eiterung in der Nähe, oder durch Narbenzusammenziehung, aber auch sekundär durch den Vorgang des Absterbens oder der Regeneration von Nervenfasern. Die Schmerzen bilden die Hauptklage vieler Nervenverletzter. Sie sind nicht mit Sicherheit zu bekämpfen; selbst Morphiumeinspritzungen lassen nach einiger Gewöhnung in Stich. Linderung ist aber fast stets möglich. Gutes leistet Veratrinsalbe (2 proz.), etwa in der Form: Veratrin 1,0, Adip. suill. (oder Vasogen) 50,0, bohnengroße Mengen in den Verlauf der Nervenstämme und auf die schmerzhaften Stellen einzureiben. Die meisten Nervenschmerzen bedürfen feuchter Kühle auf der Haut. Für die Nacht sind Medikamente meist unentbehrlich. Welche Nervenverletzten mit Lähmungen von Arm oder Bein sollen operiert werden? Diese Frage wird heute ziemlich allgemein dahin beantwortet, daß jeder Fall operiert werden soll, bei dem nach 3 Monaten keine Besserung oder nach anfänglicher Besserung Stillstand oder gar Rückschritt eingetreten ist. Stillstand oder Rückschritt sind aber häufigere Ereignisse, als die komplete unveränderte Lähmung, natürlich deswegen, weil die völlige Zerreißung und unheilbare totale Quetschung zu den Ausnahmen gehören. Zur Beurteilung des Verlaufes ist also zwei- bis dreimalige genaue neurologische Aufnahme des Befundes mit Abständen von 4 Wochen unerläßlich. Die Funktionsänderung der gelähmten Glieder ist von jedem Arzt leicht zu prüfen. Was die elektrische Untersuchung anbetrifft, so ist nach Ablauf der durchschnittlichen Wartezeit von 3 Monaten die galvanische Prüfung entscheidend. Sind Nerv und Muskel galvanisch unerregbar, so liegt eine schwere spontan wahrscheinlich unheilbare Lähmung zu Grunde. Besteht, wie meistens, nach 3 Monaten noch träge galvanische Zuckung im gereizten Muskel, so liegt jedenfalls keine totale Zerreißung im Nerven vor; man darf also weiter abwarten. Nimmt aber die galvanische Erregbarkeit in der Folgezeit (1—2 Monate) weiter ab, so deutet dies mit Sicherheit auf Narbenschnürung

oder Kallusdruck; also operiere man! Da die aseptische Heilung die wichtigste Bedingung für die Neurolyse und noch mehr für die Nervennaht ist, entstehen oft monatelange Verzögerungen für die Nervenoperationen durch hartnäckige Eiterungsprozesse (kleine Fisteln, Knochensplitter usw.).

Dr. **G. Hirsch**, zurzeit ordin. Arzt der Augenstation des Res.-Lazaretts Halberstadt: **Embarin bei sympathischer Ophthalmie.** (Medizin. Klinik, 1916, No. 5.)

Es ist bekannt, daß bei der in Rede stehenden Krankheit der Ciliarkörper eine wichtige Rolle spielt, sowohl am verletzten wie am „sympathisierten" Auge. Die Verletzung der Ciliargegend wird allgemein für die schwerste gehalten. Ein dem Untergange verfallener Augapfel ist zumeist gegen Berührung der Ciliargegend besonders empfindlich. Im zweiten Auge tritt die Erkrankung am häufigsten in Form einer vorderen Uveitis auf (Niederschläge auf der Descemet), und das erste Zeichen der sympathischen Entzündung oder Reizung ist meistens, vielleicht immer, eine Akkommodationsparese, also Funktionsbeschränkung des Ciliarmuskels. Der Zweck vorliegender Arbeit ist nun, daran zu erinnern, daß Verfasser bereits 1912 ein geradezu spezifisches Mittel gegen Cyklitis angegeben hat, das aber bisher nur von wenigen Seiten beachtet zu sein scheint: Die subkutane Einspritzung gewisser Hg-Salze mit Zusatz von Acoin. Die Chemische Fabrik v. Heyden hat in dem Embarin ein entsprechendes haltbares, schmerzlos einzuverleibendes Präparat hergestellt, welches sich Verf. zunächst bei postoperativer Cyklitis ausgezeichnet bewährt hat. Jedenfalls ist in allen Fällen durch wenige subkutane Einspritzungen mehr zu erreichen, als durch wochenlanges „Schmieren". Aus diesen Gründen ist auch bei drohender oder ausgebrochener sympathischer Augenerkrankung — von der Enukleation des erblindeten Auges abgesehen — die subkutane Injektion von Embarin aussichtsreicher als die sonst angegebenen Behandlungsmethoden. Verfassers Beobachtungen bei sympathischer Augenerkrankung durch Kriegsbeschädigung beschränken sich auf drei oder vier Fälle, in denen es sich freilich nicht um ausgesprochene Entzündung handelte.

Dr. **Adler** (Paretz): **Für die Ziegenmilch.** (Berl. klinische Wochenschr., 1916, No. 15.)

Der jetzige Mangel an Futter und speziell die Milchknappheit in den Städten lassen es Verf. angebracht erscheinen, auf ein Naturprodukt hinzuweisen, das gerade bei der Säuglings- und Kinderernährung von altersher eine große Rolle spielt, nämlich die Ziegenmilch. Die Ziegenhaltung ist für sehr viele Mütter ohne größere Umstände durchführbar. Die Ziege ist als der beste Futterverwerter bekannt und lebt größtenteils von den Abfällen der Küche und des Gartens. Ihre Anschaffungskosten sind gering. Die Ziegenhaltung ist auch bei sehr beschränkten räumlichen Verhältnissen möglich. Die Ziegenmilch ist leicht so zu gewinnen, daß sie als einwandfrei bezeichnet werden kann. Da die Ziege von den epidemischen Krankheiten der Kühe meist verschont bleibt, ist ihre Milch auch bei Kindern zum Genusse in rohem Zustande sehr zu empfehlen. Seitdem man imstande ist, von Ziegen durch das ganze Jahr frischmelke Milch zu gewinnen, wird man immer mehr in die Lage kommen, die Ziegenmilch je nach dem vorliegenden Falle zu individualisieren. Besonders Kinderinstitute, die bei der größeren Zahl ihrer Kranken immer Verwendung für jede Art der Zusammensetzung der Ziegenmilch haben, werden nun gern die Selbstproduktion in die Hand nehmen, um nie mit dem Haupternährungsmaterial durch äußerliche Zufälligkeiten in Verlegenheit zu geraten. Dort, wo eine gewisse Anzahl von Ziegen zusammen gehalten wird, kann es sich lohnen, einen eigenen Bock zu steter Bereitschaft anzukaufen. Wo es sich aber um mehrere „kleine" Ziegenzüchter mit je einer oder zwei Ziegen handelt, dürfte ein Appell an die Gemeindeverwaltung, den Kreisausschuß oder die zuständige Kammer nicht ungehört verhallen. Schreibt doch zum Beispiel die Landwirtschaftskammer für die Provinz Brandenburg in ihrem Kriegsmerkblatt: „Unterernährung, Bleichsucht, Blutarmut, Magenschwäche, Darmkatarrhe werden bei Kindern und Erwachsenen durch Ziegenmilch unbedingt behoben." Wenn wir, sagt Verf., auch nicht alle diesen Satz glatt unterschreiben, so werden wir doch gut tun, die Erfahrungen der Aerzte aus Gegenden mit intensiver Ziegenzucht zu sammeln und zur Vermehrung der Ziegenhaltungen und damit zur Steigerung des Verbrauches von Ziegenmilch durch Menschen beizutragen, vor allem im Interesse einer starken, gesunden kommenden Generation. Kr.

III. Bücherschau.

Klinik für psychische und nervöse Krankheiten. Herausgegeben von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. med. et phil. **Robert Sommer** (Gießen). IX. Band, 4. Heft. Halle a. S. 1916, Carl Marhold, Verlagsbuchhandlung. 3 M.

Vorliegendes Heft der in zwangloser Folge erscheinenden Zeitschrift enthält den Schluß einer Arbeit von Widmann: Gibt es bei Dementia praecox Schädeldeformitäten und welcher Art? Darauf folgen Abhandlungen über Arbeitshaus und Landstreichertum; besonders ist hier auf den Vortrag von Mönkemöller über das Landstreichertum und die Maßnahmen zu seiner Bekämpfung hinzuweisen. Den Schluß bildet eine Arbeit von Edgar Michaelis: Zur Kenntnis der psychischen Erkrankungen bei Kriegsteilnehmern, welche die ausführliche Besprechung und psychiatrische Analyse eines in der Gießener psychiatrischen Klinik zur Beobachtung gekommenen Falles enthält.

Aus dem Kaiserin-Elisabeth-Krankenhaus in Hohenems. Sechs Jahre chirurgische Tätigkeit auf dem Lande. Den praktischen Aerzten gewidmet von Dr. **A. Neudörfer.** Innsbruck 1916, Verlag der Wagnerschen k. k. Universitätsbuchhandlung. 168 S.

Für jeden Chirurgie treibenden Arzt ist dieser Bericht lesenswert. Verf. kann auf 3513 Operationen in einem Zeitraum von 6 Jahren zurückblicken, ein recht stattliches Material für ein Landkrankenhaus. Die Bauchchirurgie umfaßt ungefähr den dritten Teil der Tätigkeit. Das erste Kapitel berichtet über des Verfassers Erfahrungen auf dem Gebiet der Narkose, Lokalanästhesie und Asepsis; die übrigen Abschnitte sind der speziellen Kasuistik gewidmet. R. L.

IV. Tagesgeschichte.

Standesangelegenheiten, Medizinal-Gesetzgebung, soziale Medizin etc.

Berlin. Auf Antrag des preußischen Staatsministeriums ist durch königliche Verordnung die bis zum 31. Dezbr. 1916 laufende Amtsdauer der **Aerztekammern** für das Königreich Preußen bis zum 31. Dezember 1917 verlängert worden.

— In der Frage der **Erhöhung der ärztlichen Honorare** (vgl. Allg. med. Central-Ztg., 1916, No. 23, S. 92) hat nunmehr die Delegiertenversammlung des Aerzteausschusses von Groß-Berlin folgenden Beschluß gefaßt: „Angesichts der durch die kriegerischen Ereignisse herbeigeführten außerordentlichen Verteuerung der gesamten Lebenshaltung und der Berufsunkosten hält der Aerzte-Ausschuß von Groß-Berlin es für notwendig, daß die ortsüblichen Vergütungen für die ärztlichen Leistungen erhöht werden. Die Erhöhung unterbleibt bei Unbemittelten und bei solchen minderbemittelten Familien, deren Ernährer zum Heeresdienst eingezogen sind."

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Königsberg. Der außerordentliche Professor der Anatomie Dr. Johannes Sobotta in Würzburg ist als Nachfolger Gaupps als Ordinarius und Direktor des anatomischen Universitäts-Instituts hierher berufen worden. Ein geborener Berliner, war Sobotta nach Beendigung seiner Studien bis 1895 Assistent Waldeyers und ging dann als Prosektor und Privatdozent nach Würzburg, wo er 1903 zum Extraordinarius aufrückte. Er hat sich besonders durch seinen anatomischen Atlanten bekannt gemacht.

Hamburg. Oberimpfarzt Prof. Dr. L. Voigt ist nach 42 jähriger Tätigkeit in den Ruhestand getreten.

Verschiedenes.

Berlin. Durch Erlaß vom 2. Juni d. J. macht der Minister des Innern auf die von dem Kaiserin-Auguste-Victoria-Haus zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit herausgegebenen **Merkblätter,** insbesondere im Hinblick auf den bevorstehenden Beginn der heißen Jahreszeit auf das **„Hitzemerkblatt"** aufmerksam und ersucht die Regierungspräsidenten, die in Betracht kommenden Kreise darauf hinzuweisen.

— Für eine medizinische Leistung aus dem Gebiete der **Volksernährung in Kriegszeiten** ist aus Mitteln der Adolf Schwabacher-Stiftung ein **Preis** von 20 000 Mark verfügbar. Bewerbungen sind bis zum 1. Juli 1918 mit der Bezeichnung „Adolph Schwabacher-Stiftung" an das Ministerium der geistlichen und Unterrichtsangelegenheiten, Berlin W. 8, Wilhelmstr. 68, zu richten.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: San.-Rat Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil S. Caspari, Berlin-Schöneberg
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW. 68, Alexandrinenstraße 110.

85. Jahrgang **Berlin, 8. Juli 1916** **No. 28**

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen,
Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Steinplatz 105 56

85. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W. 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

II. Referate.

Dr. **R. Lenneberg: Ueber den Ausfall der kutanen und intrakutanen Tuberkulinreaktion beim Scharlach.** (Archiv f. Kinderheilkunde, Bd. 65, H. 5 u. 6.)

Aus der umfangreichen Arbeit, die mehrere Kurven und Tabellen enthält, ergibt sich für den Praktiker zusammenfassend, daß während der ersten Scharlachtage eine Herabsetzung der Reaktionsfähigkeit der Haut gegen Tuberkulin statthat. Die Versuche des Verfassers, Aufschluß zu erhalten, wie die Reaktionsfähigkeit der Haut während des Scharlachs wiederkehrt, haben zu keinem Ergebnis geführt, da der Körper gegen Tuberkulin durch die erste Impfung sensibilisiert wird. Rd.

F. Lederer: Eine bisher noch nicht beschriebene Form von postdiphtherischer Lähmung. (Archiv für Kinderheilkunde, Bd. 65, H. 3 u. 4.)

Bei dem achtjährigen Knaben entstand eine postdiphtherische Lähmung im Bereich des Gaumensegels, der Akkommodation und eine bisher noch nicht beschriebene Lähmung der linken Zungenhälfte (Hypoglossus). Ausgang in Heilung. R.

Dr. **P. Como** (Würzburg): **Ueber Tierblutkohle und insbesondere ihre Verwendung bei Typhus abdominalis und Paratyphus.** (Münch. med. Wochenschr., 1915, No. 34, Feldärztl. Beilage.)

Verf. hatte Gelegenheit, die Tierblutkohle in einer größeren Zahl von Fällen von Diarrhöen, sowie von Typhus abdominalis und Paratyphus anzuwenden. Die Art der Darreichung ist folgende: Die gewöhnliche Dosis ist 80—100 g Tierkohle in 300—500 g angewärmtem Wasser gut verrührt. Schwererkrankte trinken diese Menge auf einmal, 2 gleich große und gleich konzentrierte Mengen werden vormittags bezw. nachmittags nach und nach genommen. Leichter Erkrankte nehmen entsprechend weniger. Diese Behandlung wird so lange fortgesetzt, bis der Stuhl Neigung hat, kompakter zu werden. Erst dann werden geringere Mengen Blutkohle gegeben. Es empfiehlt sich sehr, auch nachdem fester Stuhl erzielt ist, noch 4—5 Tage weiter Tierblutkohle in der täglichen Menge von 30—100 g zu verabreichen, da bei plötzlichem Aussetzen Rückfälle eintreten können. Die Erfolge dieser Therapie waren recht gut; besonders günstig wurde das Allgemeinbefinden der Typhuskranken beeinflußt. Im allgemeinen wurde von den Kranken die Kohle ohne Widerwillen genommen. Erbrechen trat fast niemals ein; dagegen trat, als statt der Tierkohle Bolus alba verabreicht wurde, sehr häufig Erbrechen ein, auch wirkt Bolus alba bei weitem nicht so sicher und gleichmäßig wie die Tierblutkohle. R. L.

Dr. **Paul Horn**, Oberarzt der intern-neurolog. Abt. d. Krankenhauses der Barmherzigen Brüder zu Bonn: **Ueber vergleichende Blutdruckbestimmung.** (Medizin. Klinik, 1916, No. 8.)

Die Blutdruckbestimmung gehört mit zu den wichtigsten klinischen Untersuchungsmethoden. Sie gewährt uns, wenn auch nicht vollen Aufschluß, so doch unter Berücksichtigung des peripheren Gefäßwiderstandes wenigstens einen gewissen Anhalt für die Beurteilung der vom Herzen aufzuwendenden Kraft. Allerdings dürfen nur dann diagnostische Schlüsse gezogen werden, wenn alle Fehlerquellen, die gerade bei Blutdruckbestimmungen sich geltend machen, gebührend in Rechnung gezogen sind. Auch die Wahl der Methode spielt natürlich eine gewisse Rolle. Die jetzt gebräuchlichste Technik mittels des Sphygmomanometers von Riva-Rocci in Verbindung mit der breiten Recklinghausenschen Manschette scheint noch am meisten allen berechtigten Forderungen nahezukommen, wenn auch die Ausführung im Einzelfalle erhebliche Abweichungen zeigt. Zwei Methoden vor allem stehen als bevorzugt einander gegenüber, auf der einen Seite die palpatorische Methode Strasburgers, auf der anderen Seite die von Korotkow angegebene Auskultationsmethode. Da beide Methoden weite Verbreitung besitzen, schien es Verf. von Wert, an einer größeren Zahl von Patienten festzustellen, ob die palpatorisch und auskultatorisch gewonnenen Resultate sich decken oder ob und inwieweit sie voneinander abweichen. Im ganzen wurden 100 Fälle, die zum Teil klinisch Gesunde, zum Teil Kranke der verschiedensten Art betrafen, sowohl nach Strasburger wie nach Korotkow eingehend untersucht. Die Korotkowsche Auskultationsmethode scheint sowohl für den systolischen als für den diastolischen Blutdruck die brauchbarsten Werte zu liefern, während die Palpationsmethode besonders zum Vergleich des systolischen Druckes heranzuziehen ist. Die auskultatorisch gewonnenen Werte für Blutdruck und Pulsdruckamplitude liegen meist innerhalb weiterer Grenzen als die entsprechenden Palpationsbefunde; nur bei hochgradiger Arteriosklerose ist zuweilen der palpatorische Wert für den systolischen Blutdruck höher als das auskultatorisch ermittelte Druckmaximum. Hohe Pulsdruckzahlen finden sich vor allem bei Arteriosklerose, Schrumpfniere und funktionellen Neurosen (z. B. Schreck- und Rentenkampfneurosen).

Dr. **A. da Silva Mello** (Brasilien): **Das Alkoholprobefrühstück nach Ehrmann als Normalverfahren zur Prüfung der Magenfunktion.** (Berl. klin. Wochenschr., 1916, No. 11.)

Man muß rückhaltlos anerkennen, daß unter den verschiedenen, für die Prüfung der Magenfunktion vorgeschlagenen Methoden sich allein das Ewald-Boassche Probefrühstück bewährt und Eingang in die allgemeine Praxis verschafft hat. Die An-

wendung dieses Verfahrens findet jedoch nach Verfassers Ueberzeugung durchaus nicht in all den Fällen statt, in denen sie Nützliches leisten könnte. Wenn Verf. trotzdem ein anderes Vorgehen beschreibt, so geschieht dies in der Hoffnung, mit diesem die dem Ewald-Boasschen Verfahren zu Grunde liegenden Absichten und Erwägungen zugleich bequemer und reiner durchführen zu können und so ihre Verbreitung zu fördern. Der Ehrmannsche Probetrunk besteht aus 300 ccm einer 5 proz. Aethylalkohollösung mit Zusatz von 0,05 Proz. Natrium salicylicum. Die Ausheberung erfolgt ½ Stunde nach Darreichung der Flüssigkeit. Die gerühmte Einfachheit des gewöhnlichen Probefrühstücks, der Grund, warum es sich in der allgemeinen Praxis eingebürgert hat, trifft also vollauf auch auf den Probetrunk zu. Es ist eine einfache konstante Lösung, überall leicht zu haben, fertig aufzubewahren, steril, eiweiß- und säurefrei, angenehm zu nehmen. Die Ausheberung wird nach kürzerer Zeit und mit bleistiftdünnen Sonden ausgeführt, die dem Patienten kaum Beschwerden verursachen. Die Probe ist also für die Sprechstunden des Arztes ganz besonders geeignet. Die Resultate der Titration entsprechen, was die freie HCl anbetrifft, durchaus denen des Ewald-Boasschen Probefrühstücks. Im Gegensatz zu diesem können wir aber mit dem Alkoholprobetrunk, da wir es mit einer wasserklaren Flüssigkeit zu tun haben, jede abnorme Beimengung makroskopisch und mikroskopisch leicht erkennen. Das Blut wird als solches, selbst in den minimalsten Mengen, sofort erkannt; Rachen-, Oesophagus- und Bronchialschleim werden leicht von dem Magenschleim unterschieden resp. jeder von ihnen gut quantitativ geschätzt. Dasselbe gilt für alle Reste und Rückstände, sowie für die Galle, deren geringste Menge schon festgestellt werden kann. Deswegen ist auch die Probe, in Anbetracht der Konstanz eines Dünndarmrückflusses im Magen, für die Prüfung der Pankreas- und Gallensekretion zu empfehlen. Die Methode ist auch für das mikroskopische Studium des Mageninhaltes, insbesondere der Magenflora, geeignet, da die Flüssigkeit keine Niederschläge oder Sediment gibt, normalerweise frei von Bakterien ist und außerdem sich leicht sterilisieren läßt. Wegen ihrer Eiweißfreiheit ist sie auch für die Anstellung der Probe im Salomonschen Sinne geeignet. Kr.

Dr. **R. Link** (Pforzheim): **Einnahme von NaCl, ein Mittel zur Verminderung der Schweißbildung bei Phthisikern und auf Märschen und zur Verhütung von Magenstörungen bei Anstrengungen und Hitze.** (Münch. med. Wochenschr., 1915, No. 36.)

Zur Verhütung von übermäßiger Schweißbildung empfiehlt Verfasser bei Phthisikern 4—5 g Kochsalz (= 1 gestrichenen Teelöffel) in 100—150 ccm kaltem Wasser, also eine hyperisotonische Lösung abends vor dem Schlafengehen zu verabreichen. Hierdurch wird bei Kranken mit geringem oder gar keinem Fieber die Schweißbildung sehr verringert oder gänzlich verhütet. Auch zur Einschränkung des Schwitzens bei körperlichen Anstrengungen, z. B. bei Märschen, bewährte sich die Kochsalzdarreichung in dieser Form. Soldaten, welche früh morgens vor dem Abmarsch 1 Teelöffel Kochsalz in einem halben Glas Wasser genommen hatten, hatten entschieden weniger Schweißabsonderung und Durst als die Kameraden, welche kein Kochsalz erhalten hatten. Da durch starke Schweißabsonderung der Körper an NaCl verarmt, ist infolge des entstehenden Chlormangels die Magenschleimhaut nicht imstande, die zur Verdauung nötige HCl zu produzieren, was zu Störungen der Magen-Darmfunktion führt. Auch derartige Störungen werden durch prophylaktische Darreichung von NaCl verhütet. R. L.

Prof. **W. Frieboes** (Rostock): **Erfahrungen bei Cholevalbehandlung der männlichen und weiblichen Gonorrhoe.** (Münch. med. Wochenschr., 1916, No. 22.)

Verf. hat das Choleval u. a. in 51 Fällen von frischer unkomplizierter Gonorrhoea anter. in ½ proz. Lösung angewandt. Davon heilten 7 (darunter 2 ambulante) in 3—4 Wochen aus, 24 (wovon ebenfalls 2 ambulante) in 4—5 Wochen und 5 in 5—6 Wochen. 15 bekamen Rezidive. In 7 Fällen, die gerade nur 3 Wochen behandelt wurden, hätten die Rezidive zu einem großen Teil vermieden werden können, wenn die Cholevalbehandlung noch 1—2 Wochen fortgesetzt worden wäre. Bei einer Behandlungsdauer von 4—5 Wochen dürfte nach Ansicht des Verfs. die Zahl der primären Heilungen ca. 85—90 Proz. erreichen. Ferner wurden 23 komplizierte Fälle behandelt. 6 davon heilten, nach Abklingen der Komplikationen, unter Choleval in 3—5 Wochen ab, darunter solche, die vorher ohne nennenswerten Erfolg mit anderen Silberpräparaten behandelt worden waren. Ausgezeichnet bei dem Mittel ist, daß es so rasch das Sekret gonokokkenfrei und schleimig macht und rasch zum Verschwinden bringt. Bei schweren Komplikationen kürzt es die Behandlungsdauer nicht wesentlich ab, behauptet aber auch hier seinen Platz neben den anderen Silberpräparaten. Choleval kann auch bei manchen Kranken, die auf andere Silberpräparate schlecht reagieren, noch gute Erfolge zeitigen. In einigen komplizierten Fällen sowie bei katarrhalischen und purulenten Cystitiden wurden durch Blasenspülungen mit Choleval 1:1000 bis 1:500 recht gute Resultate erzielt; der Urin wurde schnell klar, die Eiterabsonderung versiegte bald. Irgendwelche Beschwerden traten nicht auf. Weiterhin wurde Choleval bei frischer weiblicher Gonorrhoe versucht. Urethral wurde wie beim Manne behandelt, d. h. mit Injektionen von ½ proz. Choleval. Vaginal wurde 1 mal täglich (morgens) mit ganz dünner Kali-permangan.-Lösung ausgespült und dann ein mit 1 proz. Cholevallösung getränkter Tampon vor die Cervix geschoben. Die 1 proz. Lösung wurde ohne Beschwerden vertragen. Von 5 Fällen mit Urethralgonorrhoe heilten 1 in drei Wochen, 1 in 3½ Wochen, 2 in 4 Wochen, 1 in 6 Wochen; von 10 Fällen von Urethral- und Cervikalgonorrhoe 2 in 3¾ Wochen, 4 in 4 Wochen, 1 in 4½ Wochen, 2 in 5 Wochen, 1 in 5½ Wochen. Von sämtlichen Fällen hatte nur einer 14 Tage nach der Behandlung noch Gonokokken in der Cervix. Bei Urethralgonorrhoe dürfen die Resultate als gut, bei Cervicalgonorrhoe als sehr gut bezeichnet werden. In 3 Fällen von Vaginalgonorrhoe der Kinder erwies sich das Präparat nur wenig wirksam. M.

Primararzt Dr. **Karl Pichler**, Vorstand der inneren Abteilung des Landeskrankenhauses in Klagenfurt: **Typische Pigmentierung der Wangenschleimhaut bei Tabakkauern.** (Wiener med. Wochenschr., 1916, No. 6.)

Verf. lenkt die Aufmerksamkeit der Fachgenossen auf eine eigenartige Veränderung der Wangenschleimhaut (Leukoplakie und Pigmentflecke), welche er an seinen männlichen Krankenhauspfleglingen als Folge des Tabakkauens kennen lernte und im Verlaufe von 18 Jahren in Hunderten von Fällen gesehen hat. Die Veränderungen nehmen typisch die Wangenschleimhaut in der Höhe der Zahnschlußlinie ein, und zwar vorwiegend in der dem Mundwinkel näheren (vorderen) Hälfte derselben; die Höhenausdehnung beträgt meist nicht mehr als 1 cm. Man findet manchmal einfach eine flache (oder höchstens leicht gefaltete, runzelige), zarte, graue, leukoplakisch veränderte Zone, ohne scharfe Abgrenzung gegen die Umgebung, in Form eines einzigen Streifens oder aus mehreren Flecken bestehend. Diese Leukoplakie ist rein auf die Wange beschränkt. Niemals sah Verf. die erhabenen, halbweißen Flecke, wie sie bei der echten syphilitischen Leukoplakie so häufig ins Auge springen. Kurz, Verf. fand den „ersten Grad der Plaquesnarben" nach W. Erb. Neben dieser Leukoplakie oder aber häufiger ohne eine solche fand Verf. nun an derselben Stelle der Wange auch Pigmentflecke. Diese gleichfalls nicht erhabenen Flecke waren teils nur stecknadelkopf-, teils bis linsengroß, selten noch größer. Ihre Zahl im einzelnen Falle schwankte gewöhnlich von 1 bis etwa 6 auf einer Wange. Die Flecke sind teils scharf umrandet, teils verschwommen. Niemals fand Verf. solche Flecke bei lichthaarigen Männern. Bezüglich der Histologie der Schleimhautpigmentflecke der Tabakkauer zeigte sich in zahlreichen mikroskopischen Schnitten eine Anhäufung von körnigem gelbbraunen Pigment in den tiefsten Schichten des Epithels sowie in den obersten Lagen des Bindegewebsanteiles der Schleimhaut. Anderweitige pathologische Veränderungen der Schleimhaut konnten nirgends gefunden werden, im besonderen keine Verdickung des Epithellagers, keinerlei Rundzellenanhäufung um die Schleimhautgefäße.

Privatdozent Dr. **Eduard Melchior**, Assistent der Breslauer chir. Klinik: **Ueber die plastische Verwendung der perietalen Pleuraschwarte bei der Operation chronischer Empyeme.** (Zentralbl. f. Chir., 1916, No. 12.)

Vielfältige Erfahrung hat Verf. gelehrt, daß oft genug die unmittelbaren Resultate der wegen chronischen Empyems unternommenen Thorakoplastiken zunächst nicht recht befriedigen. Ist nämlich die Eiterungshöhle im Brustraume eine ausgedehnte, so gelingt es meist nicht, schon in einer Sitzung eine genügend ausgiebige Entknochung der Thoraxwand vorzunehmen, um einen totalen Kollaps der Abszeßwandungen herbeizuführen. Der mit dieser Operation meist verbundene Shok, der nur zum Teil auf den damit verbundenen Blutverlust zurückzuführen ist, zwingt zu einer solchen Verteilung auf mehrere Akte. Bleibt aber nach der ersten Operation eine nicht kollapsfähige Höhle zurück, so hält die Eiterung zunächst weiter an und der Patient ist enttäuscht. In einem kürzlich operierten Falle von chronischem Empyem, bei dem ebenfalls mit dem üblichen Vorgehen die Radikaloperation nicht einzeitig auszuführen gewesen wäre, hat Verf. nun ein bisher noch nicht beschriebenes Verfahren angewandt, welches ihm ermöglichte, in einem einzigen operativen Akte die Vorbedingungen für den endgültigen Eintritt der Heilung herbeizuführen. Pat. wurde durch einen Granatsplitter in der rechten Brustseite verwundet; Einschuß in Höhe der Clavicula, Ausschuß hinten in der Skapularlinie in Höhe des 4. Brustwirbels. An

die schwere Verletzung schloß sich ein ausgedehntes Empyem an. Es wurde in einem auswärtigen Lazarett die Thorakotomie mit Resektion eines Teiles der 9. Rippe in der hinteren Axillarlinie ausgeführt. Eine völlige Ausheilung erfolgte jedoch nicht, das Empyem nahm eine chronische Form an, und Pat. wurde daher zur Weiterbehandlung in die Breslauer Klinik verlegt. Es fand sich hier eine ausgedehnte Höhle, die von der 9. Rippe nach aufwärts bis in die obere Brustapertur reichte; aus der Wunde entleerte sich täglich eine erhebliche Menge stinkenden Eiters. Die Thorakoplastik wurde in leichter Aethernarkose ausgeführt. Großer Schedescher Schnitt und Umkreisung der Scapula. Die Rippen 9—5 werden ausgiebig in Gesamtlänge von 100 cm reseziert, nach Inzision der mächtigen, 3—4 cm starken Pleuraschwarte in der Führung des Hautschnittes tritt ein ausreichendes Einsinken der entknochten Thoraxwand ein. Dagegen bleibt in der oberen Brustapertur eine faustgroße Höhle bestehen, die eine weitere Resektion der obersten Rippen verlangen würde; doch gestattete der Allgemeinzustand des Pat. eine derartige Verlängerung des Eingriffes nicht. Verf. löste daher schnell nach Umstechung der Interkostalgefäße die mächtige parietale Pleuraschwarte mit oberem Stiel von der entknochten Brustwand ab und schlug den so gebildeten Lappen in die noch zurückgebliebene Kuppe der Empyemhöhle hinein. Eine vollkommene Verödung der Kavität trat auf diese Weise ein. Die bis dahin profuse Eiterung versiegte vom Augenblick der Operation an fast völlig. Kr.

Stabsarzt d. R. Dr. **W. von Brunn: Zur Behandlung der Bauchschußverletzungen im Felde.** (Deutsche med. Wochenschr., 1915, No. 35.)

Verf. hat als Chefarzt eines Feldlazaretts 53 eigentliche Bauchschüsse, d. h. mit Verletzung von Eingeweiden, behandelt. Von diesen wurden nicht operiert 42; 17 davon waren von vornherein hoffnungslos, 2 der Verstorbenen wurden bei der Autopsie als unbedingt aussichtslos erkannt, bei 2 weiteren ergab die Sektion, daß ein operativer Eingriff vielleicht Erfolg gehabt hätte, doch waren auch hier bereits über zwölf Stunden seit der Verwundung zur Zeit der Einlieferung verstrichen. 21 der Nichtoperierten sind genesen, zum größten Teil handelte es sich um Verletzungen der Oberbauchgegend, in etwa 1/3 der Fälle um Verletzungen der mittleren und unteren Bauchteile; durchweg bestanden hier tagelang peritonitische Erscheinungen, zuweilen sehr ernster Natur. 11 Fälle wurden operiert, davon genasen 2 und sind 9 gestorben. Sechsmal kamen Nierenschüsse mit blutigem Urin zur Beobachtung, stets war der Harn nach spätestens 36 Stunden frei von Blut. Nach seinen Erfahrungen greift Verf. im Bewegungskrieg bei Bauchschüssen grundsätzlich nicht ein, außer in Fällen mit Vorfall von Eingeweiden, denn einmal scheinen hier die Resultate bei konservativer Behandlung verhältnismäßig günstig zu sein, und dann gehört hier bei dem Massenandrang die Zeit und Kraft der Chirurgen in erster Linie den Vielen, denen er schnell und sicher helfen kann und von denen er sehr viele verlieren würde, wenn er einem einzelnen Bauchschusse die Zeit und Arbeit widmen wollte, deren er bei operativer Therapie unbedingt bedürfte. Im Stellungskrieg würde Verf. die Schußverletzungen der Oberbauchgegend im allgemeinen nicht operieren, diejenigen der übrigen Bauchgegenden — gleichgültig, ob Artillerie- oder Infanterieverletzungen — würde er aktiv angreifen, wenn den Verletzten nach gewissenhafter Abwägung aller in Frage kommenden Momente der Eingriff noch zuzumuten wäre, ohne sich dabei an eine bestimmte Stundenfrist nach der Verletzung zu binden.

Stabsarzt d. R. Dr. **Paul Rosenstein: Operative Heilung eines Bauchschusses durch freie Netztransplantation.** (Deutsche med. Wochenschr., 1915, No. 35.)

Bei dem Verletzten war das Geschoß von der linken Gesäßhälfte aus in die Bauchhöhle gedrungen. Sechs Stunden nach der Verletzung wurde der Verletzte in vollständig kollabiertem Zustand in das Feldlazarett gebracht. Verf. entschloß sich zur sofortigen Operation. In leichter Chloroformnarkose wurde die Bauchhöhle durch einen 15 cm langen Schnitt in der Mittellinie eröffnet. Die Därme fanden sich vielfach mit Dünndarminhalt verunreinigt; das Ileum war an mehreren Stellen zerrissen; der Bereich der verletzten Darmpartie betrug ungefähr 50 cm. Zum Teil waren es erbsengroße Löcher, aus denen die Schleimhaut hervorquoll, an einigen Stellen fand sich quere Zerreißung des Darmes mit Einriß in das Mesenterium. Auch am Coecum fand sich eine bohnengroße Perforation. Zunächst wurden sämtliche Darmverletzungen durch Seidenknopfnähte verschlossen. Da an einer Stelle des Ileum das Gebiet des verletzten Darmes sehr groß und für eine ausgedehnte Resektion mit Enteroanastomose der Verwundete zu schwach war, löste Verf. ein großes Stück Netz frei aus seinen Verbindungen und pflanzte es über den geschädigten Darmteil; darunter waren die Oeffnungen des Darmes lediglich durch einfache Seidenknopfnähte geschlossen worden. Das Geschoß konnte nicht gefunden werden. Nach sorgfältiger Reinigung der Bauchhöhle von Blut und Darminhalt wurden die Bauchdecken primär in drei Etagen geschlossen; Infusion von zwei Litern Kochsalzlösung mit Suprarenin. Heilung erfolgte ohne ernstere Störung; nach drei Wochen konnte der Verletzte das Bett verlassen. Verf. hatte schon früher in einigen Fällen durch Ueberpflanzung eines freien Netzlappens ausgedehnte Dünndarmresektionen vermeiden können. R. L.

Dr. **L. Gelpke**, Dozent an der Universität Basel, zurzeit Primararzt des heil. Barackenspitals No. 1 in Troppau: **Die Herausnahme des Wurmdarmes durch die Bruchlücke bei Anlaß der Operation der rechtsseitigen Leistenhernie.** (Zentralblatt für Chir., 1916, No. 14.)

Verf. hat seit 3 Jahren regelmäßig bei Operation der Leistenhernie auch den Wurmfortsatz herausgeholt und entfernt. Solche Operationen sind über 150 ausgeführt worden. Nur in seltenen Ausnahmen mußte wegen hochgradiger Verwachsungen auf das Herabholen des Wurmdarmes verzichtet werden. Das letztere geschieht in der Weise, daß durch den breit eröffneten Bruchsack zwei Finger oder eine Kornzange in die rechte Bauchhöhle eingeführt werden, wobei der Blinddarm — oft auch direkt der Wurmdarm gefaßt und ohne Schwierigkeit herabgezogen und abgebunden wird. Aber nicht nur durch die Bruchlücke, sondern auch bei Bruchsackanlage ist dieser kleine Eingriff leicht auszuführen. Nach Verfassers Erfahrungen ist die Bruchsackanlage nun ungemein häufiger als früher angenommen, besonders auf der rechten Seite, so daß bei linksseitigem Leistenbruch mit einer Wahrscheinlichkeit von annähernd 90 Proz. auf eine Bruchsackanlage der rechten Seite zu rechnen ist. Dieses Säckchen ist zwischen 3—5 cm lang und genügend weit, um einen Zeigefinger oder eine Kornzange einzuführen. Verf. glaubt, daß das Verfahren der Kombination von Bruch- und Blinddarmoperation besonders für die Armee von Vorteil ist und eine nicht unwesentliche Vereinfachung und Ersparnis von Pflegetagen bedeutet. Kr.

Dr. **Wilhelm Reinhard**, Sekundärarzt der Chir. Abt. d. Allgem. Krankenhauses St. Georg, Hamburg: **Beitrag zur Technik der Pylorusausschaltung nach Eiselsberg.** (Zentralbl. für Chir., 1916, No. 14.)

Die Pylorusausschaltung nach Eiselsberg ist ohne Zweifel das anatomisch beste und funktionell sicherste Verfahren, was wir bisher kennen. Bei seinem großen Material von Pylorus- und Duodenalulcera, die zur Operation kamen, hatte Verf. in etwa ¾ der Fälle von Pylorusgeschwüren Schwierigkeiten mit der Einstülpung des pyloruswärts gelegenen Magenstumpfes. Die Ursache liegt darin, daß die Ulcera die angrenzende Magenwand sulzig infiltrieren, sehr oft mit der Umgebung fest verwachsen sind, speziell dem Pankreas anhaften, ja nicht selten in dieses perforiert sind. Häufig läßt sich dies in situ gar nicht sicher feststellen, weil man sonst notgedrungen eine andere Ausschaltungsmethode wählen, oder sich mit einer Gastroenterostomie begnügen würde. Dieser Komplikation wäre nun ganz einfach so aus dem Wege zu gehen, indem man weiter vom Pylorus entfernt die Querdurchtrennung des Magens vornehmen würde. Dies ist aber nicht statthaft wegen des großen mitausgeschalteten Magenteiles, welcher brachliegt und durch eine weitere Sekretion eine Ausheilung des Ulcus sehr erschwert, wenn nicht gar unmöglich macht. Verf. geht nun der Schwierigkeit folgendermaßen aus dem Wege: Nachdem der Magen nach geringer Ablösung der Ligamente unmittelbar neben dem Pylorusulcus quer durchtrennt ist, wird der cardiawärts gelegene Magenstumpf vorschriftsmäßig versenkt, der pyloruswärts gelegene Stumpf nur durch eine überwendliche Naht verschlossen. Es wird nun der obere Magenstumpf auf dem Pylorusstumpf durch eine Serosanaht zirkulär aufgenäht, wobei man am besten mit der Naht des Lig. gastro-colicum-Schlitzes beginnt, auf die hintere Wand der beiden Stümpfe übergeht und schließlich durch die Naht der vorderen Wände beide Magenteile fest aufeinander fixiert. Die Methode gewährt einmal einen absolut sicheren Verschluß beider Magenstümpfe, wodurch außerdem erreicht wird, daß der Magen in toto seine Festigkeit, Lage und Form beibehält. Außerdem kann man unmittelbar neben dem Ulcus die Querdurchtrennung des Magens vornehmen und braucht nicht besorgt zu sein, genügend Material zur Sicherung des Pylorusstumpfes zu bekommen. Dadurch wird ein sehr kleines Magenstück mit ausgeschaltet, welches nicht schädigend auf die Verheilung des Ulcus wirken kann.

Privatdozent Dr. **Cords** (Bonn): **Der Wert der Bindehautdeckung im Kriege.** (Münch. med. Wochenschr., 1915, No. 35, Feldärztl. Beilage.)

Verf. hatte Gelegenheit, in einem Feldlazarett in zahlreichen Fällen von perforierenden Augenverletzungen die

von Kuhnt eingeführte Deckung von Hornhaut- und Lederhautverletzungen mittels Bindehaut anzuwenden. Die Technik ist folgende: Es genügt Lokalanästhesie durch 4 maliges Einträufeln einer 4 proz. Kokainlösung; im Felde ist eine kurze Aethernarkose oft zweckmäßiger. Nach Einpinseln der Umgebung des Auges mit Jodtinktur wird der Bindehautsack mit ½ prom. Sublimatlösung (oder Oxycyanatlösung) ausgespült, und der Lidsperrer eingelegt. Man hebt die Bindehaut an der der Wunde zunächst gelegenen Stelle des Limbus mit einer feinen Pinzette an, schneidet ein, trennt am Limbus ab und unterminiert mit einer kleinen, stumpfen, gebogenen Schere. Form und Größe des Lappens wählt man nach der Wunde. Ist diese klein und liegt sie nahe dem Limbus, so kann man sich mit einem einfachen Hinübergleitenlassen der Bindehaut und Fixation derselben mit 2 Fäden begnügen. Bei mehr zentral gelegenen und größeren Wunden bildet man einen mehr oder weniger breiten doppelt gestielten Lappen, der sich ohne Spannung über die Wunde legen und seitlich durch 1—2 Fäden an der nicht gelösten Bindehaut fixieren läßt. Die Hauptsache ist, daß die ganze Wunde mit frisch abgetrennter Schleimhaut bedeckt ist. Vorgefallene Gewebsteile werden unmittelbar vor dem Knüpfen der Fäden abgetragen. Wird eine klaffende Wunde durch die Bindehautbrücke selbst nicht genügend zusammengezogen, so empfiehlt sich gleichzeitig eine Hornhautnaht, die entweder am Rande des deckenden Lappens oder durch diesen hindurch anzulegen ist. Verf. empfiehlt auch, in allen Fällen von Wundstar, bei denen eine Verletzung der hinteren Kapsel zu vermuten ist, die Wunde durch eine Bindehautlage zu decken, die man nach der Entbindung der Linse nur durch Anziehen von zwei vorher gelegten Fäden zu lagern braucht. Ist gleichzeitig mit der Hornhaut oder den vorderen Lederhautteilen die Linse verletzt, so hängt die Therapie von der Größe der Kapselwunde, dem Quellungszustand der Linse, der Reizung des Auges usw. ab. Im allgemeinen besteht die Behandlung in folgendem: Zuerst Bildung eines die Wunde gut überlagernden Lappens, lockeres Legen der Fäden, eventl. Vergrößerung der Wunde durch Schnitt mit Starmesser oder Schere, Angreifen der Kapsel mit dem Cystitom oder Kapselpinzette, Expression von möglichst viel Linsenmasse, Anziehen der Fäden, Aufdrücken des Lappens auf die Wunde durch leichtes Streichen. — In 34 nach diesen Grundsätzen behandelten Fällen erzielte Verf. 13 mal eine brauchbare Sehschärfe, darunter 7 mal nach Starextraktion, 9 mal einen Rest von Sehvermögen; 12 Augen erblindeten resp. blieben blind. R. L.

Prof. Dr. **W. Weichardt**, zurzeit fachärztl. Beirat für Hygiene beim Sanitätsamt des III. B. A.-K., und Dr. **Maximilian Wolff: Ueber Katazidtabletten.** (Medizin. Klinik, 1916, No. 4.)

Das Bestreben, dem einzelnen Manne im Felde die Möglichkeit zur schnellen Herstellung eines von Krankheitserregern freien Trinkwassers zu geben, hat Veranlassung zur Fabrikation einer Reihe von neuen Mitteln gegeben. Es liegt nahe, solchen Sterilisationsmitteln eine möglichst kompakte und handliche Form zu geben, welchem Zwecke die Tablettenform wohl am meisten entspricht. In der Tat befindet sich eine Anzahl derartiger Präparate bereits im Handel und sie haben eine mehr oder weniger weite Verbreitung gefunden. Die Verff. haben sich von dem Grade der Wirksamkeit der angegebenen Präparate zu überzeugen versucht. Im Vorliegenden berichten sie über die Untersuchungen, die sie mit den sogen. Katazidtabletten angestellt haben. Danach halten die Katazidtabletten durchaus nicht das, was von ihnen versprochen wird; ihre Wirkung ist ganz unsicher, und sie würde auch im allergünstigsten Falle eine so lange Einwirkungsdauer auf infiziertes Wasser beanspruchen, daß ihre praktische Verwendung, namentlich im Felde, für gänzlich ausgeschlossen gelten kann. Der Geschmack des Wassers nach erfolgter Sterilisation mit Katazidtabletten ist keineswegs wünschenswert; denn es ist der kratzende Geschmack, der von unzersetztem Wasserstoffsuperoxyd herrührt, durchaus nicht verschwunden, sondern macht sich sehr unangenehm bemerkbar; und der „zitronensaure Geschmack", welcher „die geringen unzersetzten Reste des Wasserstoffsuperoxyds verdecken" soll, ist zu kräftig, um angenehm empfunden zu werden. Kr.

II. Ueber „Sanabo"-Apparate.

Von Sanitätsrat Dr. **Paul Wolff** (Berlin).

Ueber die Brauchbarkeit des unter No. 289184 als DRP. eingetragenen „Sanabo"-Spülkatheters*) darf ich mir um so mehr ein beachtliches Urteil erlauben, als ich als Erster — seit Oktober 1915 — Versuche mit dem „Sanabo"-Apparat angestellt habe, und daher wohl über die größte Erfahrung mit demselben verfüge.

Als ordinierender Arzt einer hiesigen Reserve-Lazarett-Abteilung für Geschlechtskranke hatte ich ein großes Material zur Verfügung, so daß ich Gelegenheit fand, die Apparate nach allen Richtungen zu erproben und mich so in überaus zahlreichen Fällen von der überraschenden, nie versagenden Wirkung des „Sanabo"-Katheters bei Behandlung Tripperkranker zu überzeugen.

Ich kann daher dieses sehr schätzenswerte Instrument auf das Wärmste empfehlen und will zum Schluß auch nicht unterlassen, hinzuzufügen, daß die Patienten, in schneller Erkenntnis der wohltuenden Wirkung, fast eifersüchtig darauf achteten, bei den Spülungen nicht übergangen zu werden.

*) Vergl. „Allg. med. Central-Ztg.", No. 18, S. 69. Anm. d. Red.

III. Tagesgeschichte.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Die Akademie der Wissenschaften hat anläßlich ihres diesjährigen am 29. Juni abgehaltenen Leibniz-Tages dem Generalstabsarzt Prof. Dr. v. Schjerning die **goldene Leibniz-Medaille** verliehen, um ihn für sein erfolgreiches Wirken bei der Bekämpfung der Kriegsseuchen zu ehren.

Rostock. Auf den durch die Berufung des bisherigen Inhabers Prof. O. Bumke nach Breslau freigewordenen ordentlichen Lehrstuhl der Psychiatrie ist Dr. Karl Kleist, zurzeit außerordentl. Professor und Oberarzt an der psychiatrischen Klinik in Erlangen, berufen worden.

— Dr. Hans Curschmann, Oberarzt am städtischen Krankenhaus in Mainz, ist auf das hier neuerrichtete Extraordinariat der inneren Medizin berufen worden. Er ist, wenn wir nicht irren, ein Sohn des verstorbenen Leipziger Klinikers Heinrich Curschmann.

München. Dr. E. v. Seuffert hat sich für Geburtshilfe und Gynäkologie habilitiert.

Straßburg i. E. Prof. Dr. Franz Külbs, Privatdozent und Oberarzt an der Ersten medizinischen Klinik in Berlin, ist als außerordentlicher Professor und Direktor der medizinischen Poliklinik hierher berufen worden.

Wien. Der Ordinarius der pathologischen Anatomie Hofrat Prof. Dr. A. Weichselbaum ist nach erreichter Altersgrenze vom Lehramt zurückgetreten.

Graz. Der um die Tuberkuloseforschung verdiente Extraordinarius der inneren Medizin Prof. Dr. Theodor Pfeiffer ist im Alter von 49 Jahren gestorben.

Budapest. Der außerordentliche Professor der Augenheilkunde Hofrat Dr. Wilhelm Goldzieher ist im Alter von 67 Jahren gestorben.

Krakau. Der Privatdozent der Physiologie Dr. F. Rogozinski ist zum außerordentlichen Professor befördert worden.

Verschiedenes.

Berlin. Um eine sachgemäße Prüfung der vielen auf den Markt kommenden Ersatzglieder für Kriegsbeschädigte in sachverständiger und unparteiischer Weise durchführen zu können, ist unter Mitwirkung des Vereines deutscher Ingenieure eine **Prüfstelle für Ersatzglieder** errichtet worden, die auch als Gutachterstelle für das Kgl. Preußische Kriegsministerium dient. Der Staatssekretär des Innern hat dafür die Räume der Ständigen Ausstellung für Arbeiterwohlfahrt in Charlottenburg, Fraunhoferstr. 11-12, zur Verfügung gestellt, wo sich zugleich auch die vom Reichsamt des Innern veranstaltete Ausstellung für Ersatzglieder befindet. Der Vorstand der Prüfstelle setzt sich aus Ingenieuren, Aerzten und Orthopädiemechanikern zusammen, welche gemeinsam die zur Prüfung eingereichten Ersatzglieder hinsichtlich ihrer baulichen Durchbildung und ihrer Verwendbarkeit einer Untersuchung unterziehen. Ein Stab von fünf Diplomingenieuren, einem Meister, einem Vorarbeiter und einem Bandagisten steht dem Vorstand zur Seite; er überwacht die Erprobung der Glieder im Dauerbetriebe und macht gleichzeitig Vorschläge für etwaige bauliche Abänderungen und Verbesserungen. Das Arbeiten mit den Gliedern geschieht durch Kriegsbeschädigte, die mit der Handhabung vertraut gemacht werden und später andere anzulernen haben. Die Glieder werden an der Bedienung von Maschinen und Arbeitsgeräten aller Art erprobt, und zwar etwa 2—3 Monate lang bei 6—7 stündiger Arbeitszeit, um dem Arbeiter genügend Zeit zu lassen, sich mit dem Gliede vertraut zu machen, andererseits aber um die Betriebssicherheit auch bei Dauerbeanspruchung einwandfrei feststellen zu können. Eine weitere wichtige Tätigkeit der Prüfstelle ist die Normalisierung der Verbindungsteile der Glieder, der Schraubengewinde der Ansatzzapfen, um gegebenenfalls diese Teile in Massen und daher billig und schnell herstellen zu können und um auch eine bequeme Auswechslung zu ermöglichen. Die Prüfstelle wird fortlaufend Merkblätter herausgeben, in welchen über ihre Erfahrungen berichtet wird.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: San.-Rat Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil S. Caspari, Berlin-Schöneberg.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW. 68, Alexandrinenstraße 110.

85. Jahrgang **Berlin, 15. Juli 1916** **No. 29**

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Steinplatz 105 56

85. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W. 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Referate.

Privat-Dozent Dr. **Walter Zweig**, Stabsarzt am Garnisonsspital No. 2 in Wien: **Ueber die Optochintherapie bei Pneumonie.** (Wiener klin. Wochenschr., 1916, No. 11.)

Von 44 mit Optochin behandelten Soldaten starben fünf Fälle, das ist eine Mortalität von 11 Proz. Die Entfieberung trat unter Optochintherapie entschieden früher auf als bei der bisherigen Therapie. Die gewöhnliche Zeit der Krisis war der dritte bis fünfte Tag der Erkrankung, vorausgesetzt, daß das Mittel rechtzeitig, d. h. womöglich am ersten Krankheitstag, gegeben wurde. Ganz auffallend war bei der Optochinbehandlung die außerordentliche Euphorie der Kranken. Verf. konnte mit Freuden sehen, daß die schweren Dyspnöen kaum angedeutet waren; der sonst bei der Pneumonie angstvoll verzerrte Gesichtsausdruck des Lufthungers wich einem friedlichen. In dieser Besserung des Allgemeinbefindens sieht Verf. die wertvollste Wirkung des Optochins. Leider machte Verf. in einem Falle die Beobachtung einer schweren Sehstörung. Bei einem sonst gesunden Mann trat in Anschluß an eine Darreichung von 0,5 g Optochin eine totale Amblyopie auf, welche heute, nach 33 Tagen, sich zwar gebessert hat, aber noch immer eine schwere Schädigung des Sehvermögens bedeutet. Es fällt bei dieser Optochinwirkung die Aehnlichkeit mit der Salvarsantherapie auf, bei welcher ebenfalls schwere Störungen im Bereiche der Hirnnerven konstatiert worden sind. Verf. zieht aus seiner traurigen Erfahrung den Schluß, daß die Optochintherapie, so überraschend ihr Erfolg in vielen Fällen sein mag, sehr schwere Schädigungen des Sehnerven hervorrufen kann und deshalb bei der Therapie der Pneumonie nicht mehr angewendet werden soll. Jedenfalls sollte man vor der Darreichung des Mittels den Patienten oder seine Umgebung mit der Möglichkeit einer schweren Schädigung der Sehnerven vertraut machen. Es sind auch von anderen Autoren Sehstörungen berichtet, doch ist Verfs. Fall bisher der schwerste.

Gertrud Pincsohn, Assistenzärztin der inneren Abteilung des Auguste-Viktoria-Krankenhauses vom Roten Kreuz, Berlin-Weißensee: **Ueber Sehstörungen nach Darreichung von Optochin.** (Berl. klin. Wochenschr., 1916, No. 18.)

Im Auguste-Viktoria-Krankenhause wurden rund 50 Fälle von fibrinöser Pneumonie mit Optochin behandelt. Es wurde hierbei ausschließlich das Optochin. hydrochlor. verwendet. Was die Dosierung anlangt, so erhielten die ersten Patienten 3 mal täglich je 0,5 g Optochin in Pulver. Hier traten zuweilen leichte Nebenerscheinungen auf, wie Ohrensausen und Schwindelgefühl, die indessen nur wenige Stunden anhielten und einen durchaus leichten Charakter zeigten. Dann ging man zu der von Rosenow vorgeschlagenen Verabreichungsart über, indem man den Patienten 4 stündlich je 0,25 g Optochin gleichmäßig über Tag und Nacht verteilt gab. Die Tagesdosis von 1,5 g wurde dabei niemals überschritten. Das Medikament wurde, wenn keine Kontraindikationen bestanden, erst am 2. Tage nach der Entfieberung abgesetzt. Während der Behandlung wurde Milchdiät gegeben. Im allgemeinen wurden vorteilhafte Erfahrungen mit dem Medikament gemacht. Vor allem hebt Verf. die günstige Beeinflussung des subjektiven Befindens der Patienten, die Verminderung der Dyspnoe, die Herabsetzung der lokalen Beschwerden usw. hervor. Diesen günstigen Erfahrungen stehen zwei Beobachtungen über Optochin-Amaurose gegenüber. Sie trat bei Anwendung von Optochin. hydrochlor. bereits in Dosen von nur 0,25 g pro dosi und nicht mehr als 1,5 pro die auf. Zwar war die Amaurose in beiden Fällen vorübergehender Natur, doch war der Charakter des Leidens keineswegs ein harmloser. Um derartigen Komplikationen von seiten des Sehorgans in Zukunft vorzubeugen, ist es nach Verf. bei Anwendung des Optochin. hydrochlor. notwendig, die einzelne Dose weiter zu reduzieren (etwa auf 0,2 g als Einzeldosis und 1,2 g pro die) oder besser dem Vorschlage von Mendel und Leschke zu folgen und an Stelle des salzsauren Salzes das schwerer lösliche Optochin. basicum anzuwenden. Kr.

Dr. G. **Arnheim** † (Berlin): **Ueber den mutmaßlichen Erreger des Fleckfiebers.** (Deutsche med. Wochenschr., 1915, No. 36.)

Verf. konnte als stellvertretender Leiter des Königlichen Medizinaluntersuchungsamts in Stade aus dem Blut, Sputum, Urin mehrerer Fleckfieberfälle Bazillen züchten, die im einzelnen zwar manche Unterschiede zeigten, in vielen anderen Punkten jedoch übereinstimmend sich verhielten. Ob alle kultivierten Stämme miteinander identisch waren, konnte nicht mit Sicherheit festgestellt werden. Doch stimmten sie, wenigstens in morphologischer Hinsicht, mit den von anderen Autoren bei Fleckfieber gefundenen Bakterien überein. Das Vorkommen protozoischer Erreger beim Flecktyphus ist nach Verf. nicht erwiesen. Für die ätiologische Bedeutung der beschriebenen Mikroorganismen spricht nach Verf. ihre Züchtung aus verschiedenen Organen, Blut, Sputum, Urin sowie das Vorkommen gleicher Keime in inneren Organen und in der Haut an Flecktyphus Verstorbener. Auch das Vorkommen identischer oder wenigstens ähnlicher Mikroorganismen an verschiedenen Orten und bei verschiedenen Epidemien kann für die Beziehungen zum Fleckfieber sprechen. R. L.

Stabsarzt Dr. **Goebel**: **Beiträge zur Frage der sogenannten Weilschen Krankheit (ansteckende Gelbsucht).** (Medizin. Klinik, 1916, No. 15.)

Zusammenfassung: 1. In allen zweifelhaften Fällen von Weilscher Krankheit empfiehlt es sich, den Tierversuch zur Diagnose heranzuziehen: a) Primär (Ueberimpfung von defi-

briniertem Blute auf Meerschweinchen im Beginne der Erkrankung); b) sekundär (Titration des Rekonvaleszentenserums). 2. Es ist erwiesen, daß spirochätenhaltiges Meerschweinchenvirus Menschen infizieren kann und daß das Blut dieser an Weilscher Krankheit leidenden Menschen — auch ohne daß Ikterus vorhanden war — auf Meerschweinchen verimpft, bei diesen Ikterus mit Spirochätenbefund in der Leber gemacht hat. 3. Für die beschriebenen Fälle kommt als Infektionsweg die verletzte Haut der Hände in Betracht, aber auch die unverletzte Haut (Nagelfalz?) oder Schleimhaut (Augen) kommen als Eingangspforte in Frage. Die zur Beobachtung gekommenen Spontaninfektionen im Seuchenstalle lassen auch eine Uebertragung durch Insekten oder eine Infektion per os möglich erscheinen. 4. Wie bei Rekurrens, ist bei Laboratoriumsarbeiten mit spirochätenhaltigem Materiale von Weil-Kranken größte Vorsicht geboten (Gummihandschuhe usw.).

Dr. **G. Stümpke**, dirig. Arzt der Dermatol. Abteilung des Krankenhauses II in Hannover-Linden: **Vorübergehende positive Wassermannreaktion bei Leistendrüsenentzündungen und nichtsyphilitischen Ulcerationen.** (Med. Klinik, 1916, No. 6.)

Neuerdings berichtet G u t m a n n über drei Fälle von nichtsyphilitischen Ulcera an den Genitalien, die vorübergehend eine positive Wassermannreaktion aufweisen. Der eine Fall war ein reines Ulcus molle, die beiden anderen Genitalgeschwüre anderer, aber nicht syphilitischer Aetiologie. Vor ihm hatten schon B l u m e n t h a l, L e s s e r und A l e x a n d e r über ähnliche Beobachtungen publiziert. S t. hat in diesem Jahre gleichfalls zwei Fälle beobachtet, die ein ganz ähnliches Verhalten zeigen, und hält deren Publikation für angebracht in Anbetracht der Tatsache, daß die Kenntnis dieser Verhältnisse bei der Beurteilung der Wassermannreaktion zur Vorsicht mahnt. Es empfiehlt sich in Fällen, wo der klinische Befund absolut gegen das Vorhandensein einer Lues spricht, wo ferner der mikroskopische Nachweis der Spirochaete pallida nicht erbracht wird, nicht auf eine, noch dazu schwach positive Reaktion die Diagnose im Sinne der Syphilis sofort festzulegen, sondern in solchen zweifelhaften Fällen sein endgültiges Urteil erst nach einigen weiteren positiven Wassermannreaktionen zu fällen. Es läßt sich gewiß nicht leugnen, daß bei zweifelhaften Fällen der oben skizzierten Art unter Umständen Zeit verloren geht und eine antisyphilitische Behandlung nicht ganz rechtzeitig eingeleitet wird. Aber Verf. meint, daß die Folgen dieser Handlung sich eher wieder ausgleichen lassen werden, als wenn bei einem sicher Nichtsyphilitischen eine antisyphilitische Allgemeintherapie begonnen wird, und damit der nichtsyphilitische Patient für sein weiteres Leben stets die Bürde einer vermeintlichen syphilitischen Infektion und die sich daraus ergebenden, vor allem psychischen Konsequenzen herumschleppen muß.

Dr. **John H. Musser jr.** (Philadelphia): **Die auf der medizinischen Abteilung eines allgemeinen Krankenhauses zu beobachtenden Tertiärerscheinungen der Syphilis.** (Dermatol. Wochenschr., Bd. 62, No. 15.)

Bei der großen Mannigfaltigkeit und Zahl der klinischen Erscheinungen der Spätsyphilis ist es unmöglich, derartige Läsionen ohne die Hilfe der Wassermannschen Reaktion exakt zu diagnostizieren; und obwohl der Methode selbst gewisse Fehlergrenzen anhaften, bietet sie immerhin das einzige uns zu Gebote stehende Mittel, um zahlreiche Fälle von unvermuteter Syphilis zu erkennen. Aus diesem Grunde erschien es Verfasser ratsam, sämtliche im Presbyterian Hospital auf der Männerseite mit chronischen Leiden zur Aufnahme gelangenden Kranken in bezug auf ihr Verhalten gegenüber der Wassermannschen Reaktion zu untersuchen. Die Untersuchungen des Verfassers beziehen sich auf die im Laufe der letzten vier Monate seiner Amtstätigkeit konstatierten Resultate, wobei von sämtlichen Fällen das Blutserum auf das Vorhandensein oder Fehlen von Syphilis geprüft wurde. Im Verlaufe dieser vier Monate wurden 129 Männer aufgenommen. Die vorschriftsmäßige Wassermann-Probe wurde bei 82 von ihnen ausgeführt mit dem Resultat, daß sich 68 als negativ und 14 als positiv erwiesen. Somit war annähernd ein Fünftel aller mit chronischen Leiden Aufgenommenen syphilitisch infiziert. Diesen Zahlen kommt eine sehr große Bedeutung zu. Die rationelle Behandlung aller chronischen Erkrankungen erfordert in erster Linie die Beseitigung des ursächlichen Momentes, ehe man zur Bekämpfung der pathologischen Läsionen schreiten kann. Eine vollkommen exakte Diagnose verlangt die Feststellung der Aetiologie. Die Wassermannsche Probe versetzte Verf. also in die Lage, bei einem Fünftel seiner chronischen Kranken eine ätiologische Diagnose zu stellen und die angemessene Therapie einzuleiten, während bei der Mehrzahl der chronisch Leidenden keine gegenwärtig obwaltende und auch keine in der Vergangenheit wirksam gewesene Ursache zu finden war, welcher man die Schuld für das den Kranken zurzeit bedrängende Leiden beimessen könnte. Bei der schwerwiegenden Bedeutung, welche einer exakten Diagnose bei solchen Fällen mit syphilitischer Infektion zukommt, sollte man bei jedem auf der inneren Abteilung eines allgemeinen Krankenhauses aufgenommenen Fall von chronischer Krankheit eine Wassermann-Reaktion des Blutserums ausführen.

Nils Rhodin, Assistent der syphil. Klinik des Karolinischen Instituts in Stockholm: **Ueber die Behandlung der Syphilis recens mit Salvarsan und Neosalvarsan, kombiniert mit Quecksilber.** (Dermatol. Wochenschr., 1916, No. 12.)

Verf. berichtet über die Ergebnisse der Salvarsanbehandlung im Karolinischen Institut in Stockholm. Die Hauptzüge dieser Behandlung sind folgende: Unmittelbar nach der Feststellung der Diagnose erhält der Pat. die erste Quecksilberinjektion mit Merkuriolöl, welches dem grauen Oel in Deutschland ungefähr entspricht. Dann wird die Quecksilberkur in gewöhnlicher Weise mit Merkuriolölinjektionen jeden fünften Tag fortgesetzt. So schnell wie möglich nach der ersten Quecksilberinjektion fängt die Salvarsanbehandlung an, und gewöhnlich werden insgesamt vier Injektionen Salvarsan von 0,3 bis 0,6 g Salvarsan gegeben, so daß der Pat. als Totaldosis wenigstens zwei Gramm erhält. Nach der vierten Salvarsaninjektion fährt der Pat. nur mit Quecksilberinjektionen fort, bis er insgesamt sieben Injektionen erhalten hat. Ungefähr einen Monat nach dem Ende der Merkuriolkur, zu einer Zeit also, wo das Quecksilber im Körper sich zu vermindern beginnt, wird die Salvarsanbehandlung wieder aufgenommen und eine zweite Salvarsankur mit Totaldosis von wenigstens 2 g gegeben. Etwas vor der letzten Salvarsaninjektion fängt man mit einer zweiten Quecksilberkur in ähnlicher Weise wie der ersten an. In dieser Weise wurde eine ziemlich kontinuierliche Einwirkung auf den Krankheitsprozeß während einer Zeit von wenigstens 3½ Monaten erzielt. Durch die Salvarsaninjektionen zu Anfang der Behandlung wird ein sehr kräftiger Ictus therapeuticus erreicht. Das Material dieser Zusammenstellung besteht aus 169 Fällen. Von diesen sind leider nur 86 wiederholten Blutuntersuchungen unterworfen worden. Die Resultate dieser Beobachtungen stellt Verf. in einer Tabelle zusammen. Aus dieser ergibt sich, daß nur in zehn Fällen die Wassermannsche Reaktion wieder aufgetreten ist, also bis jetzt 11,63 Prozent Rezidive und 88,37 rezidivfreie Fälle. Ferner kann Verfasser bestätigen, daß sämtliche zehn Rezidiven in den ersten 16 Monaten nach dem Ende der Behandlung aufgetreten sind. Länger als 16 Monate sind insgesamt 30 Fälle, also ungefähr ein Drittel sämtlicher beobachteten Fälle, beobachtet worden, aber in keinem von diesen Fällen wurde ein Rezidiv gefunden.

Dr. **Eugen Szécsy**, Oberarzt, Ordinarius des St. Johann-Spitals in Budapest: **Die Therapie des Erysipels mit Jod, Guajakol und Glyzerin.** (Wiener med. Wochenschr., 1916, No. 4.)

Verf. verwandte bei der Behandlung der Erysipelkranken die desinfizierende Lokalheilmethode und benutzte zu diesem Zwecke ein 10 proz. Jod-Guajakol-Glyzerinpräparat. Die Rezeptform des Präparates ist: Guajacoli puri, Tinct. jodi āā gtas. 10,0, Glyzerin. puri gtas. 80,0. M.F. linimentum. Das Guajakol hat eine allseitig bekannte vortreffliche bakterizide Wirkung. Dazu trägt noch seine starke ableitende Wirkung bei. Die Jodtinktur ist ebenfalls ein Desinfiziens und gleichfalls ableitend. Zur günstigen Wirkung dieser Mittel trägt das Glyzerin dadurch bei, daß es das Eindringen der obengenannten Desinfizientien durch Anschwellung und Lockerung des Hautepithels in die Tiefe der Haut bis zu den Lymphgefäßen ermöglicht. Verf. wandte das Guajakolglyzerin täglich 3 mal an, die ganze vom Erysipel ergriffene Fläche weit über deren Grenzen damit bepinselnd. Diese Therapie unterstützte er mit symptomatisch wirkenden Bleiwasserumschlägen, welche hauptsächlich subjektiv angenehm für die Patienten waren, indem sie die Schmerzen und das Brennen der entzündlichen Anschwellungen reduzierten. Verf. wandte das Guajakolglyzerin bei 62 Fällen an. Unter diesen waren 40 chirurgische Fälle, bei welchen sich das Erysipel zu irgendeiner Schußwunde auf sekundärem Wege gesellte. Bei 22 Fällen war primärer Kopf-Gesichtsrotlauf vorhanden; 11 Kranke kamen in vorgeschrittenem Stadium der Krankheit; 11 Patienten waren aber ganz frühe Fälle, und gerade bei diesen erreichte Verf. mit seiner Therapie ein glänzendes Resultat. Der Rotlauf wurde in den ersten 24 Stunden der Behandlung lokalisiert. Die entzündliche Geschwulst fiel nach weiteren 24 Stunden ab, so daß also am dritten Tage der Krankheit die Geschwulst meistens gänzlich verschwand. Das Fieber, welches im Anfang gewöhnlich 39 ° betrug, hörte auf. Auch in den übrigen schweren Rotlauffällen sind die bedeutend verkürzte Krankheitsdauer sowie die rasch heilende Wirkung der Guajakolglyzerintherapie ins Auge fallend.

Dr. **Walter Enderle**, Assistent der II. inneren Abt. des Auguste-Victoria-Krankenhauses zu Berlin-Schöneberg: **Ein Beitrag zur Kenntnis des latenten Erysipels.** (Med. Klinik, 1916, No. 14.)

Das Krankheitsbild des latenten Erysipels wurde zuerst von Arthur Schlesinger im Jahre 1913 veröffentlicht. Als Charakteristica bezeichnete er damals das Verweilen des Prozesses in der Tiefe, dann erst den Austritt an die Oberfläche, vor allem aber die lange Inkubationszeit. Zur weiteren Klärung der Frage sind bisher nur wenige Arbeiten erschienen. Das bestimmte Verf. vorliegender Arbeit, einen von ihm beobachteten Fall mitzuteilen, der alle typischen Kennzeichen in sich trug. Es handelt sich hier um einen Fall, der am 6. Krankheitstage unter dem Bilde einer noch latenten Infektionskrankheit zur Beobachtung kam und bis zum 12. Krankheitstage unklar war. Differentialdiagnostisch kamen noch Typhus abdominalis und Sepsis in Betracht. Typhus abdominalis konnte ausgeschlossen werden, da Vidal, Diazo, Stuhl und Urin bazillenfrei waren, auch eine Leukopenie fehlte. Sepsis war auszuschließen, da die Blutaussaat negativ war. Erst am 12. Krankheitstage konnte die definitive Diagnose gestellt werden. Da bei der Patientin die Tonsillen und der Gaumen vollkommen intakt waren, handelt es sich nicht um ein sekundäres Gesichtserysipel, das nach einer Angina erysipelatosa auftrat, wie es von Strasser beschrieben wurde, auch nicht um einen Parallelfall zu dem von Lenhartz beschriebenen, wo sich das Schleimhauterysipel durch den Tränennasenkanal auf die äußere Haut fortpflanzte, auch nicht um einen Fall, wie den von Lennander veröffentlichten, wo der Weg zur äußeren Haut das innere Ohr war, sondern um ein latentes Erysipel, wie es in seinen Grundzügen von Arthur Schlesinger beschrieben wurde: Eine außerordentlich lange Inkubationszeit, ein sehr langes Verweilen der Streptokokkenaffektion in der Tiefe, dann erst der Durchbruch an die äußere Haut (Nacken), hohe Temperaturen und ein unbestimmter lokaler Schmerz in der Tiefe des Nackens und eine sehr starke Albuminurie.

Oberarzt Dr. **Häuer** (Hohenstein i. Ostpr.): **Ein einfaches Mittel zur Behandlung verschiedener Hautkrankheiten, insbesondere der Hautausschläge infolge von Läusen und Krätze, und der daraus sich entwickelnden Unterschenkelgeschwüre.** (Med. Klinik, 1916, No. 15.)

Unter den Hautkrankheiten, welche die Aerzte im Felde täglich in großer Anzahl zu sehen bekommen, stehen die Hautausschläge infolge von Läusen und Krätze obenan. Eine weitere, häufig von Verf. beobachtete Hautkrankheit ist die Furunkulose und die Pyodermie, gar nicht selten mit Lymphangitis und erheblicher Drüsenschwellung verbunden. Durch sie werden ebenso häufig wie durch Unterschenkelgeschwüre die Mannschaften oft lange der Truppe entzogen. Die bisherige Art der Behandlung dieser Hautkrankheiten im Felde hat Verf. nicht befriedigt. Er versuchte daher, auf andere Weise zum Ziele zu gelangen. Er wählte statt der Salbe Bolus alba und wandte dieses Mittel mit Wasser aufgerührt und etwas Glyzerin vermischt, sozusagen als „Trockenpinselung" an. Der Erfolg war ein überraschend guter. Selbst ganz ausgedehnte, große Kratzeffekte infolge von Läusen heilten schnell ab. Das Mittel wird mittels weichen Pinsels (Malerpinsels) auf die Haut aufgepinselt; der Kranke stellt sich dann für etwa 10 Minuten an einen warmen Ofen, damit das Mittel schneller eintrocknet. Kein Verband. Täglich einmalige gründliche Pinselung genügt. Die Pinselung wird je nach der Stärke und Ausdehnung des Ausschlags einige Tage hintereinander wiederholt. Sie eignet sich außer für die Hautausschläge infolge von Läusen und Krätze ferner bei Furunkulose, Pyodermie, Impetigo contagiosa und ähnlichen Hautkrankheiten. Das Rezept, das Verf. nach seiner Erfahrung als das beste ansehen möchte, ist:

Für die Hautpinselung:

Bolus alba	100,0 g
Bals. Peruvian . . .	40,0 g
Talcum	80,0 g
Liq. alum. acet. . . .	20,0 g
Aqua dest.	200,0 g

Große Ulcera an den Unterschenkeln werden mit der gewöhnlichen Mischung bepinselt, dann wird eine Mullbinde um den Unterschenkel gelegt. Diese Binde wird von ihrer zweiten Tour ab nach Art des Zinkleimverbandes mit einer Bolus-Dextrin-Glyzerin-Mischung bepinselt, welche genau wie die bekannte Zinkleim-Gelatinemischung in die weiteren Bindentouren hineingebracht wird. Auf diese Weise entsteht ein Bolus-Dextrinverband, der sehr elastisch bleibt.

Oberarzt Dr. **Oskar Stracker** (Wien): **Nachbehandlung operierter Nervenfälle.** (Med. Klinik, 1916, No. 19.)

Diese umfaßt einerseits die unmittelbare Behandlung des geschädigten Nerven und der zugehörigen Muskeln, andererseits alle Maßnahmen, die notwendig sind zur Bekämpfung der in weiterer Folge einer Lähmung auftretenden Begleiterscheinungen. Eine besondere Behandlung des gelösten oder genähten Nerven nahm Verf. im allgemeinen nicht vor. Die größte Bedeutung legt er der Behandlung der betreffenden Muskulatur bei. Er geht dabei von folgenden Ueberlegungen aus: bei dem normalen Muskel hängt die Leistungsfähigkeit von seiner Inanspruchnahme ab. Diese fördert die Durchblutung und damit die Ernährung und kräftigt ihn so. Beim gelähmten Muskel ist nun eine aktive Benutzung nicht möglich, wir müssen sie daher zu ersetzen trachten. Dies geschieht einerseits durch Massage, andererseits durch Elektrizität. Die Massage wird in der Weise ausgeführt, daß Verf. nach einem warmen Bade die betroffenen Muskeln knetet und streicht und in einzelnen Fällen auch die Friktionsmassage verwendet. Er erwartet von der Massage, daß sie die Säftezirkulation fördere und als mechanischer Reiz wirke. Ist einmal ein Muskel so weit, daß er sich kontrahieren kann oder ist er von vornherein nur paretisch, so treten Bewegungsübungen in ihre Rechte. Eine elektrische Behandlung erscheint deshalb notwendig, weil die Erfahrung gezeigt hat, daß ein Muskel, der keine Reize mehr vom Zentrum erhält, zugleich mit der Atrophie ein Sinken seiner elektrischen Erregbarkeit erleidet. Bei fleißiger Behandlung dagegen bleibt die Erregbarkeit quantitativ die gleiche oder steigt sogar. Weiter scheint der Muskel infolge Ausfalles jeder Kontraktion destruktive Veränderungen zu erfahren, die schließlich eine Kontraktion überhaupt unmöglich machen. Sind nun bei der Regeneration die Fasern des geschädigten Nerven in dem Muskel ausgewachsen, so finden sie ein Organ vor, das seine Funktion verloren hat. Um dies zu verhüten, wird jeder der gelähmten Muskeln täglich aufgesucht und mittels einer Unterbrechungselektrode einzeln mehrfach gereizt. Fast ein Drittel der Nervenpatienten kommt mit Kontrakturen. Die Behandlung dieser erscheint daher als sehr wichtige Notwendigkeit. Verf. verwendet zunächst Dauerapparate, welche in die versteiften Glieder mehrere Stunden im Tage eingespannt werden. Sehr wichtig ist es hernach, aktive und passive Bewegungen in den Gelenken auszuführen. Die Antagonisten der Kontraktur werden zu ihrer Kräftigung mit Faradisation behandelt. Bei Fingerkontrakturen werden den Patienten Nachtschienen angelegt. Eine nicht seltene Erscheinung bei den Nervenverletzungen sind Störungen der Blutzirkulation. Sie machen sich als Oedeme, Cyanosen geltend. Verf. versuchte hier erfolgreich durch Wechselbäder, Streichmassage und stundenweises Hochlagern bessernd einzugreifen. Zum Schluß bespricht Verf. noch eine Anzahl von Apparaten, die er als Behelfe zur Erzielung der Arbeitsfähigkeit verwendet.

Dr. **Constantin J. Bucura**, Privatdozent f. Geburtshilfe u. Gynäkologie (Wien): **Zur Diagnose der Gonorrhoe beim Weibe.** (Wiener klin. Wochenschr., 1916, No. 11.)

Der Gonokokkennachweis ist in vielen Fällen mit Schwierigkeit verbunden. Verf. gibt eine Methode der intrauterinen Sekretentnahme an, die den einwandfreien Gonokokkennachweis mit Leichtigkeit in Fällen ermöglicht, wo er nach den bisherigen Methoden gar häufig unmöglich war. Der Vorgang der Entnahme des Uteruskörpersekretes ist folgender: Einstellung der Portio im Spekulum, Desinfektion des äußeren Muttermundes und des unteren Teiles der Cervix mit Alkohol oder Jodtinktur. Auswischen des ganzen Cervicalkanales mit steriler Watte, Einführen mittels Pinzette des der Rekordspritze aufgesetzten Ureterenkatheters in das Uteruskavum bis hinauf zu den Tubenecken, langsames Aspirieren einiger Tropfen Sekretes. Dieses aus der Uteruskörperhöhle entnommene Sekretmaterial enthält auch dort, wo in den übrigen Genitalabschnitten die Krankheitserreger nicht nachweisbar waren, sehr häufig den Gonococcus in Reinkultur, somit leicht und verläßlich nachweisbar. Die Vorteile dieser Art der Entnahme sind sinnfällig: Es gelingt, die Krankheitserreger rein, ohne andere Beimengungen, die die Diagnose häufig erschweren, sehr oft unmöglich machen, darzustellen; und es gelingt, die Krankheitserreger auch in Fällen noch nachzuweisen, wo der Nachweis nach den alten Methoden mißlang, wo man also geneigt gewesen wäre, den Prozeß als voll ausgeheilt anzusehen und den Zustand als postgonorrhoische, also nicht infektiöse Erkrankung anzusprechen. Kr.

II. Tagesgeschichte.

Standesangelegenheiten, Medizinal-Gesetzgebung, soziale Medizin etc.

Berlin. Die Deutschen Landesversicherungsanstalten haben beschlossen, im Verein mit der Heeres-

verwaltung in eine planmäßige Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten einzutreten und zu diesem Zwecke **Beratungsstellen für Geschlechtskranke** einzurichten. Für das Amt des beratenden Arztes bei diesen Beratungsstellen sind wiederholt die Kreisärzte in Vorschlag gebracht worden. In Ergänzung der Dienstanweisung für die Kreisärzte hat der Minister des Innern daher jetzt bestimmt, daß die Tätigkeit als beratender Arzt bei den gedachten Beratungsstellen zu den vertrauensärztlichen Verrichtungen des Kreisarztes gehört.

Kiel. Der Gouverneur des Reichskriegshafens Kiel hat unter dem 25. Juni zwei Bekanntmachungen betr. die **Behandlung** bezw. **Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten** erlassen. Durch die erste werden die Behandlung sowie die Ankündigung der Behandlung von Geschlechtskrankheiten durch Nichtärzte sowie das Anbieten und die Abgabe von Heilmitteln für Geschlechtskrankheiten ohne ärztliche Verordnung verboten und Zuwiderhandlungen mit Gefängnis bis zu einem Jahre oder mit Haft oder mit Geldstrafe bis zu 1500 M. bedroht; die zweite ermächtigt die Polizeibehörden, weibliche Personen, die verdächtig sind, an einer ansteckenden Geschlechtskrankheit zu leiden, amtsärztlich untersuchen zu lassen und eventl. zwangsweise in einem Krankenhaus unterzubringen. Die Strafandrohung deckt sich mit jener der ersten Bekanntmachung.

Mainz. Der Gouverneur der Festung Mainz hat unter dem 20. Juni d. J. eine sehr eingehende **Verordnung betr. Ausübung der Heilkunde** durch ärztlich nicht approbierte Personen, **Anpreisung von Heilmitteln** usw. erlassen, die wohl das einschneidendste Kurpfuschereiverbot darstellt, das bisher im Verlaufe des Krieges von einer Militärbehörde verfügt ist. Der Inhalt der Bekanntmachung schließt den vor einigen Jahren dem Reichstag vorgelegten Gesetzentwurf zur Bekämpfung der Kurpfuscherei nicht nur in sich, sondern geht nach mehreren Richtungen — wie z. B. Verbot von Fernbehandlung, mystischen Verfahren und hypnotischer Behandlung — noch über jene damals vom Bundesrat schließlich selbst zurückgezogene Vorlage erheblich hinaus.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Geh. Sanitätsrat Prof. Dr. Albert Fraenkel, bis vor kurzem Direktor der inneren Abteilung des städtischen Krankenhauses am Urban, ist nach längerem Leiden in der vorigen Woche im Alter von 68 Jahren gestorben. Ein Neffe des berühmten Klinikers Ludwig Traube, hat er seinerzeit unter dessen Leitung die Bahnen der klinischen Medizin betreten. 1872 als Arzt approbiert, arbeitete er zuerst kurze Zeit in Straßburg unter Kussmaul und wurde dann Assistent an der von seinem Oheim geleiteten zweiten medizinischen Klinik der Charité in Berlin, an der er auch verblieb, als ihre Leitung nach dem frühen Tode Traubes auf E. Leyden überging. 1877 habilitierte er sich für innere Medizin und erhielt 1884 den Professortitel. Erst 1887 schied er aus seiner klinischen Stellung aus und übernahm eine Arztstelle an der städtischen Siechenanstalt; gleichzeitig eröffnete er eine Poliklinik für innere Krankheiten. 1890 wurde ihm die Leitung der inneren Abteilung des neugegründeten Urban-Krankenhauses übertragen; er hat in dieser Stellung bis zum 1. April d. J. eine erfolgreiche Tätigkeit entfaltet. Fraenkels Name ist hauptsächlich durch die Entdeckung des Erregers der croupösen Pneumonie, des Diplococcus pneumoniae lanceolatus, bekannt geworden. Auch als Kliniker hat Fraenkel in erster Linie die Lungenkrankheiten bearbeitet; sein klinisches Hauptwerk ist die „Pathologie und Therapie der Krankheiten des Respirationsapparates". Seine akademische Lehrstellung hatte der Verstorbene bereits vor einer Reihe von Jahren niedergelegt.

— Kurz vor Vollendung des 58. Lebensjahres ist der Leibarzt des Kaisers, Generalarzt Dr. Friedrich v. Ilberg, einem Herzleiden erlegen, das er sich im Felde zugezogen hatte. Aus der damals noch Friedrich-Wilhelms-Institut genannten Kaiser Wilhelms-Akademie hervorgegangen, war Ilberg, der von Hause aus bürgerlich war, von 1890—1893 als Stabsarzt an die Kliniken der Charité kommandiert. 1897 wurde er zum stellvertretenden Leibarzt, 1899 zum zweiten und 1905 zum ersten Leibarzt des Kaisers ernannt. 1904 wurde er in den wissenschaftlichen Senat der Kaiser Wilhelms-Akademie berufen; 1908 wurde ihm der erbliche Adel verliehen. Im Felde stand er als Korpsarzt des Gardekorps.

— Im 72. Lebensjahre starb hierselbst der außerordentl. Professor der Chirurgie Geh. Medizinalrat Dr. Friedrich Busch, der von 1884 bis vor einigen Jahren das zahnärztliche Institut der Universität leitete. Er war Schüler und langjähriger Assistent v. Langenbecks und seit 1875 außerordentlicher Professor. Seine wissenschaftlichen Arbeiten galten vorwiegend den Knochenkrankheiten.

— Einer Reihe von Aerzten ist wieder das **Eiserne Kreuz I. Kl.** verliehen worden, u. a. den Herren Prof. Dr. Coenen in Breslau, Prof. Dr. A. Schittenhelm in Kiel, Dr. Liersch in Kottbus und Dr. August Koenig in Charlottenburg.

Breslau. Der Privatdozent der Kinderheilkunde an der Berliner Universität Dr. Karl Stolte ist, zunächst als außerordentlicher Professor, auf den durch das Hinscheiden von Prof. Tobler erledigten Lehrstuhl der Kinderheilkunde an der hiesigen Universität berufen worden.

Frankfurt a. M. Dr. phil. et med. Otto Riesser hat sich für Pharmakologie habilitiert.

Gießen. Zu außerordentlichen Professoren wurden befördert der Privatdozent der inneren Medizin Dr. Wilhelm Stepp und der Privatdozent der Gynäkologie und Geburtshilfe Dr. Rudolf Jaschke.

Erlangen. Der erste Assistent an der Universitätsklinik für Ohren-, Nasen- und Kehlkopfkrankheiten, Privatdozent Dr. W. Brock, ist zum Oberarzt dieser Klinik ernannt worden.

Straßburg i. E. Dr. A. Weil hat sich für innere Medizin und Röntgenologie habilitiert.

Wien. Der Dozent der Syphilidologie Dr. L. Vajda ist gestorben.

— Der Professor der Pharmakognosie Dr. Josef Moeller, der von Hause aus Arzt ist, tritt mit dem Ende des laufenden Semesters aus Gesundheitsrücksichten in den Ruhestand.

Gerichtliches.

Berlin. Der „Naturheilpraktikant" H., ein ehemaliger Student der Medizin, der sich auf das „Pflanzenheilverfahren" geworfen hatte, wurde vom Schöffengericht Schöneberg wegen im Berufe begangener **fahrlässiger Körperverletzung** zu einem Jahre Gefängnis verurteilt.

Leipzig. Der Zahntechniker und Krankenbehandler F. in Pegau zog sich infolge der Behandlung eines an Diphtherie erkrankten und der Krankheit erlegenen Kindes eine Strafverfolgung wegen **fahrlässiger Tötung** zu und wurde zu 6 Monaten Gefängnis verurteilt.

München. Die Inhaberin eines Schönheitspflege-Instituts, Frau W., wurde wegen **Betrugs** zu 1500 M. Geldstrafe verurteilt. U. a. behandelte sie mit Einspritzungen von Paraffin, das sie ihren Kundinnen gegenüber als frisch eingeführtes Menschenfett, entnommen aus den Brüsten jugendlicher Pariserinnen, ausgab. Die Einspritzungen hatten übrigens in zahlreichen Fällen auch Gesundheitsschädigungen zur Folge.

Verschiedenes.

Berlin. Die Witwe des bekannten Großindustriellen Dr. Emil Rathenau, Frau Mathilde Rathenau, hat der Universität Berlin eine Schenkung von 200 000 M. zur Errichtung einer dem Andenken eines verstorbenen Sohnes gewidmeten **Erich-Rathenau-Stiftung** gemacht. Zweck dieser Stiftung soll nach dem Willen der Stifterin die Förderung und Erforschung der Behandlung und insbesondere der Heilung derjenigen Herzkrankheiten sein, die als Folgeerscheinungen des akuten Gelenkrheumatismus auftreten. Für die Vergebung der alljährlich auszuschreibenden Stiftungspreise und eintretendenfalls des gesamten Stiftungskapitals, ist die medizinische Fakultät zuständig. Diese schreibt den Preis im Betrage von 10 000 M. für medizinische, auf eigenen Forschungen beruhende Arbeiten auf dem genannten Gebiete jetzt erstmalig aus. Sollte ein Mittel oder ein Verfahren gefunden werden, das die Entstehung konsekutiver Herzkrankheiten im Verlauf des akuten Gelenkrheumatismus völlig ausschließt oder die Heilbarkeit solcher Herzkrankheiten sicher verbürgt, so kann dem Entdecker eines derartigen Mittels oder Verfahrens nach eingehender, drei Jahre dauernder Prüfung desselben an Stelle des ausgeschriebenen Preises der ganze Kapitalbestand der Stiftung im Betrage von 200 000 M. ausgeantwortet werden. Die Zuwendung der Preise oder des Stiftungskapitals kann nur an deutsche Reichsangehörige erfolgen. Bewerbungen sind bis 1. August 1917 an den Dekan der Medizinischen Fakultät zu richten.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: San.-Rat Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil S. Caspari, Berlin-Schöneberg.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW. 68, Alexandrinenstraße 110.

85. Jahrgang **Berlin, 22. Juli 1916** **No. 30**

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen,
Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Steinplatz 105 56

85. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W. 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Referate.

Dr. **F. Stern**, Stationsarzt am Vereinslazarett Dr. Edel (Charlottenburg): **Die klinische Verwertbarkeit des Piotrowskischen antagonistischen Reflexphänomens.** (Med. Klinik, 1916, No. 14.)

Al. Piotrowski hat einen antagonistischen Reflex beschrieben, der darin besteht, daß bei Perkussion des Musculus tibialis anterior, mit gleichzeitiger Dorsalflexion des Fußes, eine kräftige Plantarflexion des Fußes eintritt, ein Effekt, wie er nur dem Achillessehnenreflex eigen ist. Man sieht dabei eine deutliche Kontraktion des Musculus gastrocnemius. Anstatt des Musculus tibialis anterior kontrahiert sich dessen Antagonist und bewirkt das bezeichnete Phänomen. Dieses kommt weder bei Gesunden, noch nervösen und anderen Kranken mit Hyperreflexie vor. Es ist nur bei Individuen mit spastischen Erkrankungen vorhanden. Der Reflex ist also von vornherein pathologisch und seine Existenz weist mit Bestimmtheit auf ein organisches Nervenleiden hin. Die Reaktion steht auf der gleichen Stufe wie die Reflexe nach Oppenheim, Rossolimo, Mendel-Bechterew, Schäfer usw. Verf. hat die klinische Verwertbarkeit des Reflexes an einem großen Krankenmaterial mit organischen und funktionellen Nervenleiden geprüft. Darnach ist Piotrowski-Reflex pathognomonisch für organische Erkrankungen des Zentralnervensystems mit spastischen Erscheinungen. Er ist empfindlicher als die bisher bekannten Reflexe, weil er häufig früher eintritt, leichter auslösbar und deutlicher wahrzunehmen ist. Er bleibt oft noch lange als Residuum und Merkmal einer abgelaufenen organischen spastischen Erkrankung des Zentralnervensystems bestehen und ist besonders als Hirnsymptom zu verwerten. Wir haben nach Verf. in dem Piotrowskischen Phänomen ein neurologisches Krankheitszeichen von besonderer Wichtigkeit gewonnen.

Karl von Noorden (Frankfurt a. M.): **Ueber vegetabile Milch.** (Therapeutische Monatshefte, Februar 1916.)

Für vegetabile Milch ist auf Grund einer Studie von A. Fischer ein breiteres Interesse erwacht. Die ausgedehnten Versuche, die Verf. vorliegender Arbeit selbst schon seit langem mit Mandelmilch und im Sommer 1914 mit Soyamamilch und -Rahm anstellte, gestatten, die wohlbegründeten Indikationen Fischers in allen wesentlichen Punkten zu bestätigen; doch möchte v. N. hier einige besondere Erfahrungen erwähnen. Bei peritonitischen Reizzuständen tritt nach Verfassers Erfahrung der Vorzug der vegetabilen Milch oft ganz auffallend hervor. Er sah Fälle, wo Kuhmilch stets krampfhafte Schmerzen brachte, Mandel- und Soyamamilch aber ohne alle Beschwerden genommen wurden. Sehr bemerkenswert war dies in Fällen, wo infolge von chronischem Duodenalulcus oder Cholecystitis hinter dem Magenausgang röntgenologisch und zum Teil auch bei Operation nachgewiesene Verwachsungen bestanden. Bei Ikterus, wenn auch leichten Grades, schien Verf. die Pflanzenmilch nicht recht geeignet. Der Kot nahm viel ausgesprochener den Charakter des Fettstuhles an, als bei Kuhmilch. Die Kranken sträubten sich bald gegen ihren weiteren Gebrauch. Bei Fiebernden bewährte sich übereinstimmend mit den alten Erfahrungen über Mandelmilch, jede Mandel- und Soyamamilch recht gut. Als antihydropische Kost eignen der Pflanzenmilch vor Kuhmilch gewisse Vorzüge. Unter den Abarten der Milch steht ihr nur die ungesalzene Buttermilch an Kochsalzarmut nahe. Da letztere nicht überall leicht zu beschaffen ist und auch nicht von jedem gern genommen wird, ist die Auswahl willkommen. Bei gesteigerter intestinaler Eiweißfäulnis mit sehr hohen Indikanwerten und Allgemeinerscheinungen gelang es mehrfach, die Ausscheidung von Indikan- und Aetherschwefelsäure in wenigen Tagen auf ganz niedrige Werte zurückzuführen. Bei Diabetes mellitus sind Verfassers Erfahrungen am größten. Mandelmilch verwendet er schon seit vielen Jahren, wenn auch nur zur willkommenen Abwechselung, meist als Nachmittagsgetränk oder vor dem Schlafen (300 bis 400 ccm, 3,3 bis 4,4 g Kohlenhydrat enthaltend). Zu systematischem Gebrauch gelangte Verf. aber erst, als ihm die Soyamamilch oder vielmehr der Soyamarahm bekannt wurde, den die Soyamawerke für diesen Zweck mit ca. 30 Proz. Fett und ca. 1 Proz. Kohlenhydrat herstellten. Es wurde Verf. bald ein wertvolles Hilfsmittel in der Diabetikerkost. Die Mengen schwankten, je nach Bedarf, zwischen 200 und 500 g täglich und stellten hochansehnliche Nährwertsummen dar.

Kr.

Dr. **Ernst Meyer**: **Klinische Erfahrungen mit einem neuen Theobrominderivat (Theacylon).** (Med. Klin., 1916, No. 24.)

In fünf näher beschriebenen Fällen von Herzfehlern mit mehr oder weniger starken Oedemen und Stauungserscheinungen konnte die mit Digitalis, Diuretin und Koffein nicht mehr beeinflußbare Diurese durch Theacylon noch merklich gesteigert werden. Die Tagesurinmengen stiegen auf 3800 (vorher 500—1000), 1300 (vorher 400—600), 3100 bezw. 3500, 2900 (vorher 700—900) ccm; im Fall 3 wirkte Theacylon erst in Verbindung mit Koffein. In einigen Fällen, wo Digitalis eine gute Diurese hervorrief, blieb diese nach Ersatz der Digitalis durch Theacylon auf derselben Höhe. Bei einer schweren chronischen Nephritis bewirkte Theacylon enorme Harnflut: über 10 Liter in 2 Tagen. Ein Fall von Aneurysma und Aorteninsuffizienz zeigte auf Theacylon Steigerung der Diurese von 300—600 auf 1100 ccm, vollkommenes Verschwinden der Stauungserscheinungen; auch nach Aussetzen des Mittels war die Harnausscheidung genügend. Blutdrucksenkung wurde mehrmals beobachtet. Vermehrte Eiweißausscheidung war als Regel nicht feststellbar, das Urinsediment blieb unverändert, Nierenreizung trat nicht auf. Ein masernähnliches Exanthem, das in einem Falle unter Temperatursteigerung sich einstellte, verschwand nach Aussetzen des Theacylon so-

fort. Bei Brechreiz empfiehlt sich ein Versuch mit Salzsäurezugabe. Im Vergleich zu Diuretin sind die Nebenwirkungen vom Magen anscheinend geringer. Theacylon wirkt im allgemeinen rascher und in kleineren Gaben als Diuretin. Verf. kam gelegentlich mit 1,5—2,0 g pro die aus. Sonst dürfte dreimal täglich 1 g in Tabletten die zweckmäßigste Dosierung sein. Pulver ruft leichter Uebelsein hervor. Theacylon verdient auch Anwendung, wenn die bisher gebräuchlichen Mittel versagen. Sehr schätzenswert ist die subjektive Erleichterung, die gerade nach Theacylongaben zu beobachten ist und auch bei Ausbleiben der Diurese eintreten kann. Besonders willkommen dürfte das neue Mittel bei dekompensierten Aortenfehlern sein, bei denen Digitalis meist im Stiche läßt. M.

Dr. phil. et med. **Artur von Konschegg** und Dr. **Ernest Schuster** (Wien): **Ueber die Beeinflussung der Diurese durch Hypophysenextrakte.** (Deutsche med. Wochenschr., 1915, No. 37.)

Aus Tierversuchen und aus Versuchen am Menschen geht hervor, daß durch Injektionen von Extrakten aus Hypophyse eine ausgesprochene Einschränkung der Diurese bewirkt wird. Diese Diuresehemmung erreicht die höchsten Grade in gewissen Fällen von primärer Polyurie (Diabetes insipidus idiopathicus). Es ist daraus zu folgern, daß ein derartiges Krankheitsbild mit einer Funktionsstörung der Hypophyse im Sinne einer Hypofunktion zusammenhängt. Die pathologisch-anatomischen und klinischen Befunde widersprechen dem nicht. Die vielfach angeführten Befunde von Polyurie bei Tumoren und mechanischen Schädigungen der Hypophyse lassen es durchaus nicht als notwendig erscheinen, eine durch die Geschwulstbildung gesetzte Ueberfunktion der Hypophyse anzunehmen. Da auch nach längere Zeit hindurch fortgesetzten Injektionen von Hypophysenpräparaten Schädigungen irgendwelcher Art nicht beobachtet werden, erscheint es nach den Verfassern zweckmäßig, diese Therapie bei allen Fällen von Diabetes insipidus anzuwenden.

Dr. **G. Graul** (Neuenahr): **Ueber einen mit Hypophysin-Höchst erfolgreich behandelten Fall von Diabetes insipidus.** (Deutsche med. Wochenschr., 1915, No. 37.)

Von der durch neuere Untersuchungen erwiesenen Tatsache eines Zusammenhangs des idiopathischen Diabetes insipidus mit einer Funktionsstörung der Hypophyse ausgehend, behandelte Verf. einen Fall von Diabetes insipidus bei einem Soldaten mit Hypophysin-Höchst. Das Präparat ist die 0,1 proz. sterile Lösung eines Extraktes aus dem Infundibularanteil der Drüse, der durch Auskristallisieren gewonnen wird. Es wurde jeden zweiten Tag 1 ccm der Lösung intramuskulär injiziert. Irgendwelche lokalen entzündlichen Erscheinungen oder Schmerzen an der Injektionsstelle traten niemals auf, ebensowenig Störungen des Allgemeinbefindens. Im ganzen erhielt der Kranke 16 Einspritzungen. Durch diese gelang es, die tägliche Harnmenge auf etwa 2000 ccm zu bringen, während sie bei Beginn der Behandlung 9500 ccm betragen hatte. Während der Hypophysineinspritzungen erhielt der Kranke die gewöhnliche Lazarettkost. Flüssigkeitsaufnahme erfolgte durchaus nach Bedürfnis. Meist deckten sich Wasseraufnahme und Harnmenge quantitativ. Der quälende Durst ließ nach, der Appetit hob sich; das Körpergewicht stieg von 61 auf 65 kg. Das spezifische Gewicht des Urins blieb niedrig, zwischen 1002 und 1005. Der Gesamtstickstoff im täglichen Urin betrug 2 g im Durchschnitt. R. L.

Prof. Dr. **Max Joseph** und Dr. **J. Arnson**: **Ueber Solarson, ein für Injektionen geeignetes Arsenpräparat.** (Die Therapie der Gegenwart, Februar 1916.)

Das von den Elberfelder Farbenfabriken F r i e d r. B a y e r & Co. unter dem Namen Solarson eingeführte Arsenpräparat stellt das Mono-Ammoniumsalz der Heptinchlorarsinsäure dar und ist in Wasser löslich. Es kommt in sterilisierten Ampullen zu 1,2 ccm (1 ccm = 0,003 Arsen) in isotonischer Lösung in den Handel. Die Verff. haben bisher 235 intramuskuläre Injektionen gemacht und fanden, daß sie anstandslos vertragen wurden. Die gleich den Quecksilberinjektionen intraglutäal ausgeführten Einspritzungen waren absolut schmerzlos und niemals von unangenehmen Nebenerscheinungen gefolgt. Sie begannen mit 1 ccm bei Erwachsenen und bei Kindern mit 0,6 ccm der Lösung des Solarson und stiegen allmählich bis zu 3,25 resp. 2,75 pro dosi. Die Injektionen wurden anfangs täglich, später jeden 2. Tag vorgenommen. Ihre klinischen Erfahrungen machten die Verff. hauptsächlich beim Lichen ruber planus und bei der Psoriasis vulgaris und berichten von bemerkenswerten Erfolgen. Beim Lichen ruber planus verschwand zuweilen das lästige Jucken bereits nach zwei Injektionen, und nach fünf Injektionen konnte man ein deutliches Abflachen der Knötchen wahrnehmen. Aber auch bei der Psoriasis vulgaris hat sich die Solarsonanwendung als wertvolles Unterstützungsmittel der übrigen Behandlungsmethoden erwiesen. Es handelte sich hierbei um Psoriasisfälle, welche über ein Jahr in Behandlung standen und bei welchen mit Salben und innerlichem Gebrauch von arseniger Säure vorher kein Erfolg erzielt werden konnte. Nach anderthalb- bis zweimonatiger Verwendung von Solarson in Verbindung mit weißer Präzipitatsalbe wurde der Körper von Effloreszenzen frei. Kr.

Dr. **Th. Herzog** (Basel): **Chineonal als Wehenmittel.** (Münch. med. Wochenschr., 1915, No. 38.)

Chineonal ist eine Verbindung von Chinin und Veronal. Chinin. sulfur. wurde in früheren Jahren wiederholt als Wehenmittel empfohlen, geriet aber neuerdings als solches in Vergessenheit. Nach den Erfahrungen der Basler Frauenklinik, über welche Verf. in der vorliegenden Arbeit berichtet, übt Chineonal ebenso wie Chinin eine wehenerregende Wirkung aus, und es bewährte sich, mit der richtigen Auswahl angewendet, als sehr brauchbares Mittel insbesondere bei p r i m ä r e r W e h e n s c h w ä c h e. In 70—75 Prozent der mit Chineonal behandelten Fälle wurde ein guter Erfolg erzielt. Bei einer Dosis von 5 Tabletten zu je 0,2 g, stündlich gegeben, wurde in den meisten Fällen eine starke Steigerung der Wehenfrequenz und eine Verstärkung der Kontraktionen erzielt. Unangenehme Nebenwirkungen wurden bisher nicht beobachtet. Die beste Wirkung hat Chineonal bei der atonischen Wehenschwäche der Eröffnungsperiode, besonders bei gesprungener Blase. In dieser Geburtsperiode liegt das Hauptanwendungsgebiet des Chineonals. Dasselbe sensibilisiert den Uterus derart, daß nunmehr Secacornin und Pituglandol stärker wirken, und daß z. B. Abortiveier, die nicht mehr zurückzuhalten sind, rasch ausgestoßen werden. R. L.

Dr. **Th. Baer**: **Ueber Versuche mit dem neuen Antigonorrhoicum „Choleval".** (Münch. med. Wochenschr., 1916, No. 26.)

Verf. betont die außerordentlich rasche Beseitigung der Gonokokken durch Choleval. In 10 vorher wochenlang mit anderen Mitteln behandelten Fällen verschwanden die Gonokokken nach Choleval in 2—11 Tagen, ausgenommen einen Fall mit schweren Komplikationen, der 35 Tage Cholevalbehandlung erforderte. 30 Fälle, 14 mit Anterior, 10 mit Anterior und Posterior, die übrigen mit Erkrankungen der Prostata oder mit Prostatitis und Epididymitis, wurden nur mit Choleval behandelt, nachdem sie vorher längere Zeit, teils Wochen und Monate, ohne Behandlung geblieben waren. Bei 60 Proz. verschwanden die Gonokokken in 2—4 Tagen, bei den übrigen, bis auf 3 Fälle, in 5—15 Tagen. Auch Fälle mit Prostataerkrankungen reagierten prompt auf das Choleval. Injiziert wurde 4—6 mal täglich ½ proz. Cholevallösung, die erste Hälfte der Spritze wurde 1 Minute, die zweite 5—6 Min. in der Harnröhre belassen. Bei negativem Gonokokkenbefund wurde die Konzentration auf 1 und 1½ Proz. gesteigert, doch scheint auch ¼—¾ Proz. schon ausschlagebend zu wirken. Bei Posterior waren Janetsche Spülungen 1 : 1000—500, zweimal täglich neben Injektionen, wirksamer als Instillationen nach G u y o n. Von Adstringentien wurde abgesehen, da Choleval ausgesprochen epithelisierende Wirkung besitzt. Choleval scheint die bisher bekannten Mittel an Wirksamkeit teilweise zu übertreffen. Es ist leicht anzuwenden (bequeme Auflösung der Cholevaltabletten in gewöhnlichem Wasser) und eignet sich nach Ansicht B.s ganz besonders dazu, von Tripperkrankten möglichst sofort benutzt zu werden, auch wenn sie erst später dem Lazarett zugeführt werden können. Er hält es deshalb gerade jetzt für der Beachtung der maßgebenden Stellen wert. M.

San.-R. Dr. **Karl Abel** (Berlin): **Acetonal-Vaginalkugeln bei der Behandlung chronisch-entzündlicher Adnexerkrankungen.** (Deutsche med. Wochenschr., 1915, No. 36.)

Die Acetonal-Vaginalkugeln enthalten als wirksamen Stoff eine Verbindung des A l s o l s mit dem von R. W o l f f e n s t e i n dargestellten tertiären T r i c h l o r b u t y l s a l i z y l s ä u r e e s t e r. Die Alsolkomponente wirkt desinfizierend, während der genannte Ester eine ausgesprochen schmerzstillende Wirkung ausübt. Außer den Acetonal-Vaginalkugeln, die von der Firma A t h e n s t a e d t & R e d e k e r (Hemelingen bei Bremen) fabrikmäßig dargestellt werden, steht für die Trockenbehandlung der Acetonal-Bolus zur Verfügung. Dieser enthält sterilisierte Bolus mit einem Gehalt von 5 Proz. Alsol und 5 proz. tertiärem Trichlorbutylsalizylsäureester. Verf. hatte Gelegenheit, die Acetonal-Vaginalkugeln bei chronisch-entzündlichen Erkrankungen der weiblichen Adnexe anzuwenden. Er läßt die Aceton-Vaginalkugeln dreimal wöchentlich selbst von den Kranken einführen und daneben die übliche Behandlung (Ausspülungen, Bäder) anwenden. Die Schmerzen wurden vermindert, auch der Ausfluß wurde geringer und verschwand in manchen Fällen ganz. R. L.

G. Holzknecht, Dr. chem. et med. **L. Lilienfeld** und Dr. med. **Fr. Pordes** (Wien): **Die radiologische Darstellung der Ursprünge von Fistelgängen mittels einer vereinfachten und verbesserten Füllungstechnik.** (Berl. klin. Wochenschr., 1916, No. 16.)

Zusammenfassung: 1. Bei den so zahlreichen chronischen Eiterungen ermöglicht die Röntgenaufnahme mit der bekann-

ten Kontrastfüllung der Fisteln, daß die oft sehr entlegenen und häufig mehrfachen Ursprungsstellen (Sequester, Projektilsplitter, Kleiderfetzen) erkannt und planmäßig und sicher operativ erreicht werden. Sie deckt ferner zur Retention führende „Fistelsanduhrengen" und die dahinterliegenden Retentionshöhlen auf. 2. Als neue Technik wird statt der Beckschen Einspritzung von flüssiger Wismutvaselineemulsion, welche wegen des unmöglichen Abschlusses zwischen Spritze und Fistelöffnung unvollkommen, täuschend und unbequem ist, die Einführng von Zirkonoxydschmelzstäbchen empfohlen, welche im Körper zerfließen, im Fisteltrichter aber bloß erweichend einen Verschluß herstellen (aus der Apotheke beziehbar). Ferner ideal füllende Kontrastin-Gelatinestäbchen. 3. Die Exaktheit der Füllung ist überraschend verbessert, die Applikation äußerst einfach. 4. Aufnahmen in mehreren Richtungen.

Prof. Dr. **A. Hiller**, Oberstabsarzt a. D. (Berlin-Schlachtensee): **Ueber das „Wundöl Knoll" (Granugenol).** (Med. Klinik, 1916, No. 15.)

Bei Versuchen mit Stoffen, welche die Neubildung von Granulationsgewebe in schlecht heilenden Wunden anzuregen vermögen, fand Privat-Dozent Dr. Rost (Heidelberg) zufällig ein Mineralöl, welches außerordentlich stark granulationsbildend wirkte, während zahlreiche andere Oele und Versuchsstoffe sich als unwirksam oder schädlich erwiesen. Der Chemiker R. Werner untersuchte jenes Oel genauer und kam zu dem Ergebnis, daß die anregende Wirkung auf das Bindegewebe geknüpft ist an gewisse Bestandteile, nämlich an hochmolekulare ungesättigte, partiell hydrierte Kohlenwasserstoffe (Terpene und Polyterpene). Daneben kommen im Mineralöl auch Kohlenwasserstoffe vor, welche das Bindegewebe stark reizen und Hyperämie, Entzündung, Abszesse erzeugen. Diese schädlichen Stoffe aus dem Mineralöl zu entfernen, hat sich die Firma Knoll u. Co. in Ludwigshafen a. Rh. zur Aufgabe gestellt. Das so gereinigte Wundöl (Granugenol) bildet eine klare gelbe Flüssigkeit von neutraler Reaktion und schwachem, an Steinkohlen erinnerndem Geruch. In Alkohol und in Wasser ist es unlöslich. Ueber die bisherigen Erfolge berichteten außer Rost noch Kolb, Runck und Fiedler. Uebereinstimmend beobachteten sie an Wunden mit zerfetzter oder ausgebuchteter Grundfläche in Kriegslazaretten nach wenigen Tagen der Oelanwendung eine rasch zunehmende Ausfüllung der Wunde mit kräftigen Granulationen und eine schnellere Epithelisierung, so daß der Heilungsverlauf wesentlich abgekürzt wurde. Als das Hauptanwendungsgebiet des Granugenols bezeichnen sie Wunden mit größeren Substanzverlusten, Fisteln und Höhlenwunden, wie sie nach Schußverletzungen, nach Exstirpation von Geschwülsten und nach Eröffnung perityphlitischer Abszesse entstehen. Verf. vorliegender Arbeit hatte Gelegenheit, das Wundöl anzuwenden in einem sehr hartnäckigen Falle von fistulösen Eiterungen an der rechten Hinterbacke eines 66 jährigen Patienten. Das Leiden entwickelte sich vor einem Jahre aus einer Aknepustel der Hinterbacke, welche wahrscheinlich infolge wiederholter Infektion mit Kolibazillen aus der benachbarten Afteröffnung bei der Defäkation zu einer abszedierenden Phlegmone sich entwickelte. Der Abszeß wurde gespalten, entleerte reichliche Mengen Eiters und blieb seitdem in kontinuierlicher mäßiger Eiterabsonderung. Verf. spritzte nun mit Granugenol alle Fistelgänge täglich kräftig aus, belegte die ganze Wundhöhle mit in Granugenol getränkten Gazestreifen und befestigte dies mit Bindeneinwicklung. Von Tag zu Tag sah man, wie das Aussehen der Wunde sich besserte und nach drei Wochen war der Pat. geheilt.

Dr. **Heinrich Goldstein**, Abteilungs-Chefarzt im Reservespital Mährisch-Weißkirchen: **Ueber Wundbehandlung mittels gewölbter Verbände.** (Med. Klinik, 1916, No. 14.)

Auf Grund der offenen Wundbehandlung kann die Tatsache als sicher angenommen werden, daß eine Luftinfektion der Wunde nicht zu befürchten ist. In dieser Erkenntnis als Grundlage hat Verf. die Wunden derart verbunden, daß die Verbandstoffe gar nicht an die Granulationen anzuliegen kamen, sondern in halbkugeliger Wölbung die Wunde umgaben. Auf diese Weise gelang es, die Vorteile der offenen Wundbehandlung ohne deren Nachteile zu erlangen. Beim gewölbten Verband scheinen die Forderungen v. Bergmanns: Ruhe der verletzten Stelle und sterile Okklusion, weitgehend erfüllt zu sein. Am leichtesten ist die Wölbung des Verbandes an Extremitätenwunden auszuführen. Wenn es sich z. B. um einen drainierten Durchschuß des Oberschenkels handelt, so wurde der Verband folgendermaßen angelegt: Auf die gesunde mediale Hautpartie, welche gut mit Watte gepolstert ist, kommt ein Drahtnetz in „T"-Form von solcher Länge, daß es in halbkugeliger Wölbung bis über die zweite Schußöffnung zur gesunden, ebenfalls gepolsterten Hautpartie reicht. Das breite „T"-Ende des Drahtnetzes wird stabil fixiert, das andere nur temporär, so daß man die Wunde jederzeit zu Gesicht bekommen kann, ohne den ganzen Verband abnehmen zu müssen; es genügt, das eine mobile Ende wie einen Deckel zu heben. Ueber dem Drahtnetz befindet sich sterile Gaze, welche die Wunde von der Außenwelt vollkommen von allen Seiten abschließt und das Drainrohr bedeckt, welches entsprechend lang durch eine Masche des Netzes hindurchgeführt ist. Das Drainrohr mündet in ein flaches Fläschchen, in welchem sich der auf Grund der Schwerkraft und Heberwirkung des sekretgefüllten Rohres abfließende Eiter ansammelt. Selbstverständlich kann man den Eiter sich direkt in die Gaze ergießen lassen; zu empfehlen ist jedoch der erstgenannte Modus, weil eleganter und reiner. In beiden Fällen vollzieht sich die Durchspülung des Drains und der Verbandwechsel 1. ohne Schmerzen für den Pat. außerhalb des Bereiches der Wunde, welche gar nicht berührt wird, wobei man noch den Vorteil hat, daß man 2. sehr an Verbandstoffen spart, 3. bei nicht absolut verläßlicher Sterilität des Verbandsmaterials (infolge Nichtanliegens der Gaze) die Infektionsmöglichkeit herabgesetzt und 4. keinen üblen Geruch zu ertragen hat. Die Wunde selbst erheischt keine Behandlung, weil neben dem Drain kein Eiter ausfließt, und zwar trocknet das spärliche, anfangs noch danebengeflossene Sekret zu einer festen Kruste ein, welche den besten Verband darstellt. Unter der Kruste epithelisiert sich die Wunde während der Zeit, welche bis zur Entfernung des Drains vergeht.

Dr. **S. Kertész: Ein Gewichts-Zugverband für die untere Extremität ohne Klebemittel.** (Der Militärarzt, 1916, No. 2.)

Die Extensionsverbände werden im allgemeinen mittels Heftpflasterstreifen oder in der letzten Zeit mittels Mastisol-Trikotschlauch angelegt. Sowohl Heftpflaster wie auch besonders Mastisol leistet ganz vorzügliche Dienste, wenn es in tadelloser Qualität vorhanden ist. Doch läßt die Qualität beider Klebemittel in der letzten Zeit viel zu wünschen übrig, und durch ihre mindere Beschaffenheit leidet, infolge der mangelhaften Klebekraft, nicht nur die Festigkeit des Verbandes, sondern es werden Ekzeme, die schon durch tadelloses Mastisol und Heftpflaster sehr leicht hervorgerufen werden, besonders bei unseren Kriegsverletzten, deren Haut durch schädliche Temperatureinflüsse wie auch durch Skabies und Verlausung u. dgl. weniger widerstandsfähig geworden ist, noch leichter hervorgebracht. Verf. verwendet daher in all den Fällen, wo Heftpflasterverbände, Mastisol oder Extensionsgamaschen nicht vertragen werden, eine andere Art von Extensionsverband, bei dessen Anlegung die seitlichen Zügel mit einer in Rundtouren geführten Umwicklungsbinde in ein großmaschiges Netz verflochten werden, das sich an die Extremität sehr gut anlegt und, ohne zu rutschen, ein großes Gewicht längere Zeit hindurch verträgt. Die Technik ist folgende: Zunächst wird vor der Anlegung des eigentlichen Verbandes zirkulär von den Zehen bis zur Bruchstelle eine Tetra- oder rauhe Flanellbinde angelegt, und zwar aus zweifachen Gründen: 1. Da die Rundtouren des Verbandes erst oberhalb des Knöchels beginnen und ziemlich straff geführt werden müssen, wird durch die vorhergehende elastische Einwicklung Stauung des Fußes vermieden. 2. Wird dadurch der Reibungswiderstand vergrößert und das Rutschen des Verbandes verhindert. Danach werden mit einer Flanellbinde von 3—4 cm Breite und 5 m Länge (Verf. nennt sie Umwicklungsbinde) 2—3 Touren übereinander oberhalb des Knöchels ziemlich straff angelegt; die restierende Bindewolle wird einstweilen freigehalten. Nun werden rechts und links die als Zügel dienenden Bindenstreifen adaptiert. Die Länge dieser Binde muß mindestens die vierfache Länge des Spreizbrettchens plus der Entfernung desselben von dem Punkte, bis zu welchem der Verband hinaufreichen soll, haben. Die Mitte dieses Streifens wird, während die Zügel beiderseits an das Bein angelegt werden, von einem Gehilfen in einer Entfernung von 89 cm von der Fußsohle gehalten. Dann werden mit der bereits am Bein oberhalb des Knöchels fixierten Umwicklungsbinde 2—3 weitere Touren um die Zügel gelegt, wodurch diese ebenfalls an das Bein befestigt werden. Hierauf schlägt man die Zügel peripheriewärts zurück und die nächste Umwicklungstour wird nur auf das Bein bezw. auf die das Bein umhüllende Tetra- oder Flanellbinde gerollt. Dann werden die Zügel wieder zentralwärts an das Bein angelegt und mit der nächsten Tour der Umwicklungsbinde bedeckt. Durch dieses abwechselnde Zurückschlagen peripheriewärts und zentralwärts kommt immer eine Tour der Umwicklungsbinde unterhalb der als Zügel dienenden Binde und die andere oberhalb derselben zu liegen, und es entsteht dadurch ein großmaschiges Geflecht um den eingerollten Teil des Beines. Diese Wicklung wird in der angezeigten Weise bis zur Bruchstelle fortgesetzt. Etwas unterhalb derselben werden zur Erreichung größerer Festigkeit 2—3 Touren der Umwicklungsbinde übereinandergelegt und dann nach Zurückschlagen der Zügel der ganze Verband genau in derselben Weise nach abwärts zu wiederholt. Nun wird das Spreizbrettchen in die inneren Zügel eingelegt, die losen Enden des äußeren Zügelpaares von rechts nach links genau auf das Brettchen angepaßt und mit einigen Nähten an die inneren Zügel angenäht.

Dr. **Manfred Fraenkel** (Charlottenburg): **Die schmerzstillende Wirkung der Röntgenstrahlen.** (Med. Klinik, 1916, No. 15.)

Verf. beobachtete schon vor zehn Jahren die schmerzstillende Wirkung der Röntgenstrahlen bei der Myombehandlung, die Schmerzen wurden gleichzeitig mit der Beeinflussung des Tumors geringer. Auch bei der Behandlung der Karzinome mit Röntgenstrahlen konnte er diese analgesierende Wirkung konstatieren. Noch auffälliger war diese Wirkung bei der Dysmenorrhoe, bei Osteomalazie und bei Lungentuberkulose. Der Krieg lehrte Verf. die gleich wunderbare Wirkung der Röntgenstrahlen bei einer ganz anderen Kategorie von Erkrankungen kennen und schätzen: bei Knochenbrüchen. Die nicht unerhebliche Zahl der nach dieser Methode behandelten Offiziere und Mannschaften lehrten einwandfrei die Tatsache, daß in allen diesen Fällen als erste günstige Beeinflussung die Schmerzlinderung verzeichnet werden konnte. Diese Erfahrungen bestätigten sich auch bei sehr großen Blutergüssen in den Gelenken, Kontusionen von Gelenken ohne Knochenverletzungen. Bedeutung über das gewöhnliche Maß gewinnen diese Tatsachen, wenn man hört, daß in Verbindung mit dieser schmerzstillenden Bestrahlung die mediko-mechanischen Uebungen, Massagen usw. früher einsetzen konnten. Ferner bekämpfte Verf. auf diese Weise mit Erfolg äußerst heftige Schmerzattacken bei einer Gallenblasenentzündung, die auf Morphium nur kurzzeitig wichen. Sie schwanden nach einer halbstündigen, zweimal wiederholten Röntgenbestrahlung fast völlig. Der letzte Fall betraf einen Major, der aus dem Felde mit sehr heftigen ischiadischen Beschwerden zurückkam, dessen Felddienstfähigkeit aufgehoben und dessen Lebensfreudigkeit durch dieses Leiden geschwunden war. Vier Bestrahlungen von einhalbstündiger Dauer, im ganzen von 40 X filtrierter harter Strahlen, machten ihn wieder lebensfrisch.

Dr. **Franz Nagelschmidt**, beratender Arzt des Gardekorps: **Ueber Elektrorhythmik.** (Therap. Monatshefte, April 1916.)

Verf. beschäftigt sich in vorliegender Arbeit mit der Erzeugung und den Wirkungen des intermittierenden Wechselstromes. Der angewandte Strom besitzt eine minimale sensible Reizwirkung. Je größer die Stromstärke, um so anästhesierender wirkt er. Das Fehlen der Schmerzhaftigkeit gestattet die Anwendung relativ hoher Stromstärken zur Erzeugung schwer auslösbarer Kontraktionen. Der Strom wird nur dann unerträglich, wenn er die Intensität der Muskelkontraktionen soweit steigert, daß die Kontraktion an sich schmerzhaft wirkt. Die Stromstärke muß für jeden Patienten mittels eines eigenen Rheostaten entsprechend eingestellt werden, auch bei demselben Patienten sind bei der Behandlung verschiedener Muskelgruppen verschiedene Stromstärken erforderlich. Die Behandlung muß mit zunehmender Stromstärke und Behandlungsdauer schwach beginnen und allmählich gesteigert werden. Hierfür ist die individuelle Toleranz maßgebend. Die Unschädlichkeit des Stromes gestattet die Anwendung bei jeder Muskulatur, auch bei solchen Muskelerkrankungen, bei denen galvanischer und faradischer Strom erfahrungsgemäß nur mit großer Vorsicht angewandt werden dürfen oder kontraindiziert sind. Die Elektrorhythmik eignet sich nicht nur zur Behandlung erkrankter Muskeln und Nerven, sondern auch als vorzüglicher, außerordentlich schnell wirkender Sport für gesunde Muskulatur. Bei Fisteln, Abszessen, Thrombosen und sonstigen Affektionen, bei denen die durch die elektrorhythmische Kontraktion bewirkte Bewegung schädigend einwirken könnte, ist die Behandlung zu unterlassen. Von Herzkranken wird bei genügender Vorsicht die Behandlung ohne Schaden vertragen. Die Resultate sind oft überraschend, besonders was die Schnelligkeit der Wiederkehr der aktiven Muskelfunktion betrifft. Der große Vorteil vor der mediko-mechanischen Behandlung liegt darin, daß die Muskelübungen bei fixierten Gelenken im Verband, auch bei im Bett liegenden Patienten, stattfinden können. Der prinzipielle Vorteil gegenüber der Massage liegt darin, daß die Elektrorhythmik eine aktive Muskelkontraktion auslöst, und gegenüber der Widerstandsmassage, daß die Muskelkontraktionen unter Ausschluß des Willens und daher mit auffallend geringer Ermüdung des Patienten ausgeführt werden. Verf. hält die Elektrorhythmik besonders in der Verwundetenfürsorge für ein unentbehrliches Behandlungsverfahren. Kr.

II. Tagesgeschichte.

Standesangelegenheiten, Medizinal-Gesetzgebung, soziale Medizin etc.

Berlin. In der vorigen Nummer wurde auf die eingreifende Verordnung hingewiesen, die der Gouverneur der Festung Mainz zur **Bekämpfung der Kurpfuscherei und des Geheimmittelwesens** kürzlich erlassen hat. In der Zwischenzeit sind gleichlautende Verfügungen für die Bereiche des I., II., V., IX., XVI., XVII., XVIII., XX. und XXI. Armeekorps sowie für den Festungsbereich Straßburg i. E. bekanntgemacht worden. Bei der Wichtigkeit dieser Verordnungen geben wir eine derselben im Wortlaut im Anzeigenteile (3. Umschlagseite) wieder.

— In dem der Leitung des Stadtmedizinalrats Dr. Weber unterstehenden städtischen Medizinalamt ist jetzt eine **Zentralstelle für Krankenernährung** geschaffen worden, deren Aufgabe es ist, die seit längerer Zeit bestehenden Schwierigkeiten der Lebensmittelversorgung für die Kranken nach Möglichkeit zu mildern. Der Zentralstelle gehören Aerzte und Verwaltungsbeamte der städtischen Krankenhäuser, ärztliche Stadtverordnete und Vertreter der Aerzteschaft an. In der Zentralstelle wird über alle Sonderbewilligungen von Nahrungsmitteln, die von den Aerzten auf besonderen, vom Medizinalamt gelieferten Attestformularen für ihre Kranken beantragt werden, auf Grund der Bearbeitung durch Vertrauensärzte nach einheitlichen Grundsätzen entschieden. Zur genaueren Orientierung ist ein Merkblatt für Aerzte herausgegeben worden (abgedruckt in der „Berl. Aerzte-Corresp.", No. 28). An Stelle von Sonderzulagen (Butter, Milch, Fleisch usw.) kann auch durch ärztliches Attest die Gewährung eines Mittagessens beantragt werden; es wird aus der Küche eines städtischen Krankenhauses in drei verschiedenen Formen gegen Erstattung der Selbstkosten geliefert. Letztere Einrichtung tritt am 24. Juli d. J. in Wirksamkeit. Die Berliner Vorortgemeinden werden voraussichtlich dem Beispiel der Reichshauptstadt folgen.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Frankfurt a. M. Als Nachfolger des vor einem Jahre verstorbenen Geheimrats Ehrlich in der Leitung des Instituts für experimentelle Therapie ist dem Vernehmen nach Prof. Wilhelm Kolle, gegenwärtig Ordinarius der Hygiene in Bern, in Aussicht genommen, der noch unter Robert Koch eine Reihe von Jahren am Institut für Infektionskrankheiten, zuletzt als Abteilungsvorsteher, tätig gewesen ist.

— Dr. Heinrich Klose hat sich für Chirurgie, Dr. G. Dreyfus für innere Medizin habilitiert.

Leipzig. Der außerordentl. Professor und Assistent am Physiologischen Institut der hiesigen Universität Dr. Ernst von Brücke hat einen Ruf als ordentlicher Professor der Physiologie an die Universität Innsbruck als Nachfolger des nach Gießen berufenen Prof. Trendelenburg erhalten.

Würzburg. Der Ordinarius der pathologischen Anatomie Prof. Dr. Martin Benno Schmidt hat einen Ruf nach Straßburg als Nachfolger des kürzlich verstorbenen Prof. Chiari abgelehnt.

Wien. Der Pharmakognostiker Hofrat Prof. Dr. J. Moeller ist anläßlich seines Uebertritts in den Ruhestand von der Deutschen Pharmazeutischen Gesellschaft zum Ehrenmitglied ernannt worden.

— Im Alter von 75 Jahren starb hierselbst der frühere Titularordinarius der Dermatologie und Syphilidologie Hofrat Prof. Dr. Eduard Lang. 1873 war er zum Professor der Dermatologie in Innsbruck ernannt worden, von wo er später nach Wien übersiedelte. Lang hat sich hervorragende Verdienste um die Bekämpfung des Lupus erworben; auf seine Initiative erfolgte vor einigen Jahren die Errichtung einer besonderen Heilstätte zur Behandlung dieses Leidens in Wien. Literarisch ist Lang besonders durch sein in einer Reihe von Auflagen erschienenes Lehrbuch „Pathologie und Therapie der Syphilis" bekannt geworden.

Budapest. Es habilitierten sich Dr. Tibor Peterfi für Anatomie und Histologie der Eingeweide und Dr. Elemer Pollatschek für die Krankheiten der oberen Luftwege.

Warschau. Prof. Cybulski wurde aus Krakau zur Einrichtung eines physiologischen Instituts und zur Uebernahme des zugehörigen Ordinariats hierher berufen.

Verschiedenes.

Berlin. In dem Wettbewerb mit **Preisen** im Betrage von 10000 Mark für die besten **Kunstbeine**, den die Gesellschaft für Chirurgie-Mechanik in Berlin veranstaltet, hat die in Berlin eingerichtete Prüfstelle für Ersatzglieder, Gutachterstelle für das Kriegsministerium, das Preisrichteramt übernommen. Diesem Preisgericht gehören an Senatspräsident Prof. Dr. ing. Konrad Hartmann als Vorsitzender, namhafte Aerzte und Fachtechniker, sowie die drei Orthopädie-Mechaniker A. Nikolai (Hannover), A. Schütze (Leipzig) und P. Weiss (Berlin). Die Geschäftsstelle befindet sich in Berlin NW., Karlstraße 9.

Paris. Soeben ist in Paris ein **Museum zur Geschichte der Kriegschirurgie** eröffnet worden, das in einer Reihe von Einzelabteilungen die Entwicklung des französischen Sanitätswesens von der großen Revolution bis zum gegenwärtigen Kriege zeigt.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: San.-Rat Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil S. Caspari, Berlin-Schöneberg.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW. 68, Alexandrinenstraße 110.

85. Jahrgang **Berlin, 29. Juli 1916** **No. 31**

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Steinplatz 105 56

85. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W. 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Referate.

Priv.-Doz. Dr. **Max Herz** (Wien): **Ueber Herzbeschwerden in verschiedenen Körperlagen, insbesondere bei Rechtslagerung.** (Wiener med. Wochenschr., 1916, No. 20.)

Verf. erörtert zunächst die durch die Links- und die Rückenlage bedingten Herzbeschwerden, welche der Arzt wenig zu beobachten pflegt, um dann insbesondere auf die bei der Rechtslagerung entstehenden Herzbeschwerden einzugehen. Das Symptom besteht darin, daß sich bei der Lagerung auf die rechte Seite und beim Verharren in dieser Lage ein substernaler Druck mit starkem Unbehagen, Angstgefühlen u. dgl. einstellt, jener Komplex von Erscheinungen, den wir als stenokardisch zu bezeichnen gewöhnt sind. Der Kranke drückt sich dahin aus, daß er auf der rechten Seite nicht schlafen könne. Gegenüber den Beschwerden, welche sich in der linken Seitenlage sowie in der Rückenlage geltend machen, muß betont werden, daß es sich hier um echte stenokardische Erscheinungen handelt, während die dort auftretenden Symptome unter die den Neurosen eigentümlichen Erscheinungen gezählt werden müssen. Das bei Lagewechsel auftretende Herzklopfen sowie die Stenokardie der Rechtslage nehmen nun dadurch eine besondere Stellung ein, daß sie nicht gleich den anderen beiden Formen als normale Erscheinungen bei ganz gesunden oder höchstens nervösen Individuen beobachtet, sondern als in bestimmter Weise zu deutende Symptome im Rahmen bekannter Krankheitsformen ihren Platz finden. Wann und wie entsteht nun diese eigenartige Rechtslagestenokardie? Zu ihrem Zustandekommen ist eine Reihe von Umständen notwendig. Sie kann aber aus diesem Grunde auch als pathognomonisch für das Zusammentreffen derselben gelten. Vor allem muß als wahrscheinliche Voraussetzung gelten, daß die echte Angina pectoris nur durch eine Störung des Koronarkreislaufes entstehen kann. Ob die anfallsweise exazerbierenden Formen derselben einer krampfhaften Kontraktion der betreffenden Arterien ihre Entstehung verdanken, läßt Verf. unerörtert. Ihn interessieren hier nur jene subjektiven Symptome, welche in so merkwürdig typischer Weise durch ganz bestimmte Momente ausgelöst werden. Unter diesen Momenten nun unterscheidet er 3 Kategorien, und zwar die funktionellen, die sensiblen und die mechanischen Reize. Zu den funktionellen Reizen gehört vor allem die Bewegung im Freien, zu den sensiblen der Einfluß von Kälte und Wind, zu den mechanischen die Bedrängung des Herzens durch den Hochstand des Zwerchfelles durch eine stärkere Füllung des Magens, durch Meteorismus, beim Bücken usw. Das hier in Frage stehende Phänomen gehört in die mechanische Kategorie. Wir müssen uns nach Verf. vorstellen, daß unter gewissen Verhältnissen, wie sie durch die Koronarsklerose, durch die Verziehung der Koronararterienmündungen bei der luetischen Aortitis geschaffen werden, der Zufluß des Blutes in den Koronarkreislauf so stark gedrosselt ist, daß er gerade ausreicht, um bei ruhendem und unbeeinflußtem Organismus die Ansprüche des Herzmuskels zu befriedigen. Wird dieser jedoch einem Drucke von außen ausgesetzt, dann bedeutet dies ein Hindernis in diesem Kreislaufgebiete, welches in der Norm leicht überwunden wird, bei einer derartigen lokalen Labilität der Zirkulation hingegen Störungen hervorruft, deren subjektives Korrelat für dieses Gebiet eben die Stenokardie ist. Die Kranken, welche unter der Rechtslagestenokardie leiden, weisen regelmäßig eine bedeutende Vergrößerung des Herzens auf, und dieser Umstand ist es, der im Zusammenhang mit der Ueberempfindlichkeit die Ursache des Phänomens darstellt.

Siegmund Auerbach (Frankfurt a. M.): **Das Gesetz der Lähmungstypen.** (Med. Klinik, 1916, No. 14.)

Verf. weist auf gesetzmäßige Ergebnisse hin, die sich ihm bei der Analyse von ätiologisch und lokalisatorisch ganz verschiedenen Lähmungsformen herausgestellt haben und geeignet sind, der Erscheinungen Flucht auf diesem dem Verständnis nicht ganz leicht zugänglichen Gebiete befriedigend zu erklären. Das Gesetz, das Verf. aus seinen Untersuchungen herleitet, hat für alle typischen Lähmungsformen Gültigkeit, ganz gleich, welches die Aetiologie und die Lokalisation der zugrunde liegenden Erkrankung sein mag: Diejenigen Muskeln beziehungsweise Muskelgruppen erlahmen am raschesten und vollkommensten, beziehungsweise erholen sich am langsamsten und am wenigsten, die die geringste Kraft (ausgedrückt durch das Muskelgewicht) besitzen und ihre Arbeitsleistung unter den ungünstigsten physikalischen, physiologischen und anatomischen Bedingungen zu vollbringen haben, während die in dieser Beziehung bessergestellten Muskeln von der Lähmung größtenteils verschont bleiben. In praktisch-therapeutischer Beziehung ermahnt uns die hier gewonnene Erkenntnis, die schwächeren Muskelgruppen, die der Restitution schwerer zugänglich sind, bei der Behandlung, sowohl mit elektrischen Strömen als auch mit Massage und Widerstandsgymnastik, ganz besonders zu berücksichtigen; die kräftigeren erholen sich meistens schon von selbst. Ferner sollte man bei der elektrischen Behandlung sein Augenmerk darauf richten, die gegen die Schwere arbeitenden Muskeln stets in geeigneter Weise zu unterstützen, damit die Reizeffekte in hinreichender Stärke zustande kommen können. Auch sollte man so viel als möglich Bewegungen im Bade vornehmen lassen, die nach Verfassers Erfahrungen nicht wenig zur Wiederherstellung gelähmter Muskeln beitragen.

Regimentsarzt Dozent Dr. phil. et med. **Ernst Mayerhofer: Ueber das Muskelphänomen der Soldaten im Felde, d. i. die mechanische Uebererregbarkeit der quergestreiften Muskulatur als Symptom der Erschöpfung.** (Med. Klinik, 1916, No. 3.)

Bei frisch aus der Front eingebrachten erkrankten Soldaten bemerkt man eine hochgradige mechanische Uebererregbarkeit der quergestreiften Muskulatur; am besten wird dieser pathologische Zustand am Mulculus biceps des gestreckten Armes erkannt. Nach einem Schlage mit der ulnaren Handkante entsteht am Orte dieses Traumas ein geringerer oder stärkerer Muskelwulst, der manchesmal 1 cm hoch, 5 bis 7 cm quer ist und 10 bis 15 Sekunden bestehen bleibt (Muskelphänomen). Als Aetiologie wird in erster Linie eine chronische Intoxikation des gesamten Muskelsystems angenommen infolge langdauernder Ueberanstrengung; in zweiter Linie kommen Schädlichkeiten der Ernährung, Kälteeinwirkung, mangelhafter Schlaf oder Toxinschädigungen bei Infektionskrankheiten in Betracht. Der Aetiologie entsprechend wird als Therapie am meisten die Bettruhe empfohlen, wobei das Muskelsystem in den meisten Fällen in zirka zwei bis vier Wochen zum Normalen zurückkehrt. Das Muskelphänomen ist ein Gradmesser durchgemachter Körperanstrengungen und kann für die Bemessung der Rekonvaleszenz praktisch militärärztlich verwendet werden.

Dr. **H. E. Schmidt** (Berlin): **Ueber die Bedeutung der Wassermannschen Reaktion im allgemeinen und im besonderen für die Behandlung der syphilitischen Soldaten.** (Berl. klin. Wochenschr., 1916, No. 22.)

Die Mehrzahl der Aerzte steht heute auf dem Standpunkt, daß der positive Ausfall der Wassermannschen Reaktion eine aktive Lues beweist. Bewiesen ist das aber nach Verf. keinesfalls. Das Wesen der Wassermannschen Reaktion ist noch keineswegs geklärt. Die klinischen Beobachtungen lassen jedenfalls die Möglichkeit zu, daß es sich nicht um eine Toxin-, sondern um eine Antitoxinreaktion handelt. Dann würde der positive Wassermann lediglich das Vorhandensein dieser Antitoxine beweisen, keineswegs aber ohne weiteres eine aktive Lues, da der Organismus offenbar noch Antitoxine weiterproduzieren kann, wenn die Lues längst abgeheilt ist. Der negative Wassermann beweist gar nichts. „Abortivheilungen", die lediglich durch den negativen Wassermann kontrolliert werden können, sind als wirkliche Dauerheilungen erst dann anzuerkennen, wenn 20 bis 30 Jahre später keine syphilitischen Erscheinungen mehr aufgetreten sind. Das können wir also vor der Hand nicht wissen. Für unser therapeutisches Handeln ist der Ausfall der Wassermannschen Reaktion belanglos, wenn nicht aus anderen Gründen ein Verdacht auf Lues besteht, da man trotz negativen Wassermanns an einer Taboparalyse erkranken und trotz positiven Wassermanns dauernd frei von syphilitischen Erscheinungen bleiben kann. Einen diagnostischen Wert besitzt der positive Ausfall der Wassermannschen Reaktion nur in den Fällen, in welchen die klinische Diagnose Syphilis zwar wahrscheinlich, aber nicht sicher zu stellen ist.

Regierungsrat Prof. Dr. **M. v. Zeissl**, Vizedirektor des Kaiser-Franz-Josef-Ambulatoriums und Jubiläumsspitals in Wien: **Die Behandlung der Syphilis mit Salvarsan. Wie sollen wir die Bevölkerung des Hinterlandes nach Friedensschluß gegen die venerischen Krankheiten schützen?** (Wiener med. Wochenschr., 1916, No. 21.)

Es soll an jedem heimkehrenden Krieger die Wassermannsche Reaktion vorgenommen werden und eine Reinkultur des Harnröhrensekretes angelegt werden. Jeder Krieger werde vor geschulten Aerzten, ehe er in sein Heim entlassen wird, gewissenhaft untersucht und nur dann, wenn sicher das Freisein von allen venerischen Krankheiten konstatiert ist, sollen sie wieder in die Heimat zurückkehren, denn nur durch diese Vorsicht kann die nach Friedensschluß gezeugte Nachkommenschaft gesund zur Welt kommen, während wir sonst befürchten müssen, daß die Weiber mit Gonokokken infiziert und steril werden oder durch die latente Syphilis des Gatten syphilitische Kinder tot oder lebensunfähig zur Welt bringen. Die strenge Ueberwachung der Heimkehrenden ist in bezug auf die Ergänzung der Bevölkerung durch eine gesunde Nachkommenschaft eine wichtige Aufgabe des Staates, und wo wir heute nicht nur auf die klinische Untersuchung angewiesen, sondern durch mikroskopische Prüfung, Wassermannsche Reaktion sicher urteilen können, wäre es eine Unterlassungssünde, wenn nicht alles getan würde, die Frauen und Kinder gesund zu erhalten und auf das Entstehen eines jungen kräftigen Nachwuchses das größte Gewicht zu legen. Da der Tripper beim Weibe durch Adnexerkrankungen Sterilität, beim Manne durch beiderseitige Nebenhodenentzündung und Azoospermie Zeugungsunfähigkeit bewirken kann, ergibt sich die Wichtigkeit auch der Abortivbehandlung des Harnröhrentrippers beim Manne, und werden auch die Vorzüge der verschiedenen von Marschalko, E. W. R. Frank u. a. angegebenen Mitteln zur Tötung der Gonokokken klar. Bei der Syphilis ist natürlich ebenfalls die möglichst frühe Behandlung wünschenswert, um den deletären Folgen der luetischen Infektion auf die Zeugungsfähigkeit des Mannes, bezw. die Fähigkeit der Frau, lebende und gesunde Kinder zu gebären, einzuwirken. Sind aber bereits syphilitische Kinder zur Welt gekommen, so sollen sie energisch behandelt werden. Wenn Kinder mit Ophthalmoblennorrhoe geboren werden, so sollen sie unbedingt von ophthalmoblennorrhoefreien Kindern isoliert werden; außerdem soll man jedem Kinde unmittelbar nach der Geburt die Credésche Einträufelung von Lapislösung in den Bindehautsack machen. Wünschenswert wäre es, um der Geburtenabnahme vorzubeugen, die gesetzliche Anzeigepflicht der venerischen Erkrankungen und die Zwangsbehandlung der Erkrankten einzuführen. Daß außer der Untersuchung der heimkehrenden Soldaten auch die Frauen, Mädchen und Jünglinge über die Gefahren der Infektion mit venerischen Krankheiten aufgeklärt werden, ist eine nicht abzuweisende Forderung.

Kr.

Dr. **Hans Hirschfeld** (Berlin): **Erfahrungen mit Digifolin-Ciba.** (Deutsche med. Wochenschr., 1915, No. 36.)

Digifolin-Ciba ist nach den Erfahrungen des Verfs. ein haltbares Digitalispräparat, welches stets eine volle Digitaliswirkung rasch hervorbringt und zugleich auch eine hervorragende diuretische Wirkung entfaltet. Zur subkutanen, intravenösen und intramuskulären Einspritzung kommt Digifolin in Ampullen in den Handel. Bei Kollaps sah Verf. 1—2 Minuten nach der intravenösen Injektion von 1—2 Ampullen eine eklatante Wirkung. Für den inneren Gebrauch kommt Digifolin in Tablettenform in den Handel (25 Tabletten entsprechen 2,5 g Fol. Digital. titrat.). Neuerdings wird für den inneren Gebrauch auch eine flüssige Form, Digifolin liquid., dargestellt, in Tropfflaschen zu 20 ccm. 22 Tropfen entsprechen 1 ccm bezw. 0,1 g Fol. Digital. titr. Die Dosis beträgt 3 mal täglich 15—25 Tropfen bezw. 3—4 Tabletten täglich. Infiltrate sah Verf. bei der subkutanen Injektion niemals auftreten. R. L.

Prof. Dr. **Loeb** † und **S. Loewe** (Göttingen): **Die örtliche Reizwirkung der zur Injektionsbehandlung empfohlenen Digitalispräparate.** (Therap. Monatshefte, Febr. u. Mai 1916.)

Die Verff. fassen die Ergebnisse ihrer beiden Mitteilungen folgendermaßen zusammen: Die örtliche Reizwirkung der Digitalispräparate wurde mit neuen Methoden der Prüfung an der Schweinehaut untersucht, die Vorzüge vor den bisherigen Prüfungsmethoden aufwiesen. Für die Praxis der Injektionsbehandlung mit den üblichen Digitalispräparaten ergab sich mit diesen Methoden — teils in Bestätigung, teils in Ergänzung älterer Untersucher: Das noch immer zu Injektionszwecken gebräuchlichste Digalen zeigt, nächst dem wegen seiner hohen Reizwirkung allgemein als unbrauchbar anerkannten Digitoxin, die höchste Stufe örtlicher Reizung. Es übertrifft darin sogar ein 10 proz. Digitalisinfus. Als praktisch reizlos ist vor allem das Digifolin zu betrachten, ihm steht an Reizlosigkeit sehr nahe das Digitalis-Dialysat, als drittes folgt mit etwas ausgeprägterer Reizwirkung Digitalysatum, diesem wieder schließt sich das Digipuratum an, das nun aber bereits dem 10 proz. Digitalisinfus an Reizwirkung nicht mehr sehr fern steht. Dem Infus in erster Annäherung gleichzustellen sind die beiden Strophantuspräparate, das k-Strophantin und das kristallisierte g-Strophantin.

Dr. **Nathan Rosenbaum**, Assistenzarzt der 1. inneren Abt. d. Städt. Krankenhauses im Friedrichshain, Berlin: **Erfahrungen über die Morphinersatzpräparate Dihydromorphin und Diacetyldihydromorphin (Paralaudin).** (Berl. klin. Wochenschrift, 1916, No. 22.)

Von der Firma Knoll & Co. (Ludwigshafen a. Rh.) wurden der 1. inneren Abteilung des Städt. Krankenhauses im Friedrichshain zu Berlin zwei neue Morphinverbindungen zu Versuchszwecken zur Verfügung gestellt, das salzsaure Dihydromorphin und das salzsaure Diacetyldihydromorphin, das unter dem Namen „Paralaudin" erscheint. Ueber diese Präparate, die noch nicht im Handel erhältlich sind, ist bereits ein ausführlicher Aufsatz von K. Kolb in der D. m. W., 1915, No. 29, unter Berücksichtigung der Zusammensetzung und Herstellung veröffentlicht. Für Verf. kam es besonders darauf an, K.s Mitteilungen bezgl. der Wirksamkeit, der Dosierung und der Angewöhnung mit seinen eigenen Erfahrungen zu vergleichen. Er faßt seine Erfahrungen wie folgt zusammen: Das salzsaure Dihydromorphin ist bei subkutaner Verwendung ein vollwertiger Ersatz für Morphin, dem es durch anscheinend ausbleibende Gewöhnung überlegen ist. Die Dosis von 0,015 g entspricht ungefähr der von 0,01 g Morphium hydrochloricum. In dieser Menge wird es meist gut vertragen. Das salzsaure Diacetyldihydromorphin oder „Paralaudin" eignet sich für subkutanen wie für innerlichen Gebrauch. Gewöhnung scheint es ebenfalls nicht zu erzeugen. In der Wirksamkeit steht es

hinter dem Morphin und dem Dihydromorphin zurück. Es ist daher hauptsächlich bei leichteren Fällen zu empfehlen. Besonders intern genommen gleicht es, da es nur in geringen Gaben ohne Beschwerden vertragen wird, eher dem Codein. Subkutan verabfolgt, entspricht es in der Dosierung annähernd dem Morphin. Bei innerlicher Darreichung haben sich 15 bis 20 Tropfen der 1 proz. Lösung und 2 Teelöffel des Sirups als Einzeldosis bewährt.

Dr. E. **Benecke** (Berlin): **Zurzeit empfehlenswerte Abführmittel.** (Die Therapie der Gegenwart, Februar 1916.)

Die Schwierigkeiten in der Beschaffung von medizinischen Abführmitteln lenken die Aufmerksamkeit auf die diätetischen und physikalischen Methoden zur Behandlung der Obstipation. Als physikalische Heilmethoden wirken Bauchmassage, besonders als Vibrationmassage geübt, desgleichen elektrische Einwirkung auf den Darm durch die Bauchdecken. Auch Prießnitzkompressen, über Nacht um den Leib gelegt, wirken günstig, insbesondere wenn in der Frühe nach dem Abnehmen des Umschlages der Leib mit Franzbranntwein abgerieben wird. In diätetischer Beziehung empfiehlt sich vor allem die von Kohnstamm eingeführte fleischlose Kost. Oft versucht Verf. es bei Obstipationen der Bettlägerigen mit dem Glas Wasser, morgens nüchtern gegeben. Oder er gibt zum Frühstück Apfelmus, Pflaumenmus, Honig, Milchzucker. Bei Kindern und empfindlichen Patienten sind Klistiere empfehlenswert. Da Seife teuer ist, so gebe man etwas Kochsalz oder Essig hinzu. Um Gewöhnung und Reizerscheinungen zu vermeiden, heißt es auch hier wechseln. Glyzerinklistiere sind für gelegentliche Anwendung sehr gut, reizen aber stark bei häufiger Wiederholung. So ist für Kinder recht empfehlenswert das alte Pulv. Magn. cum Rheo, Kinderpulver, messerspitzen- und teelöffelweise. Es ist billig, das Kilogramm kostet zurzeit nur 2,05 M. und man reicht lange damit. Auch für Erwachsene als Aperitivum kann man es geben, eben so gut ist auch für Erwachsene die Radix Rhei concis. Von den in ½ cm lange Stückchen geschnittenen Wurzeln läßt man ein bis zwei Stückchen kauen. Das Kilogramm kostet 3,40 M.; alten Leuten, die schlecht kauen können, gibt man Pulv. Rhei, wovon das Kilogramm 4,00 M. kostet. — Ein weiteres, billiges, sicher wirkendes Abführmittel ist Cortex frangulae von unserem einheimischen Faulbaum. Es hat den einen Nachteil, daß man sich die Abkochung selbst herstellen muß, man verordnet 1 Eßlöffel Species auf 3 Tassen Wasser, zu 2 Tassen eingekocht. Das Kilogramm kostet 1,25 M. Auch Extract. Frangulae fluid., Kilogramm 3,10 M., ist zu empfehlen, als Aperitivum 3 g = 60 Tropfen, als Purgans 1 Teelöffel bis 1 Eßlöffel, je nach Alter und gewünschter Schnelligkeit des Erfolges. Wöchnerinnen und schwangeren Frauen empfiehlt Verf. Faulbaum im Wechsel mit Karlsbader Salz. Ein vom Verf. ebenfalls benutztes Mittel ist Phenolphthalein. Es wird morgens nüchtern zu 0,25 g gegeben, wirkt als Aperitivum, und der Stuhl erfolgt meist nach 6—7 Stunden. Empfehlenswert als Abführmittel ist ferner das neue synthetische Präparat Istizin, aber leider ist es für Krankenhaus und Kassenpraxis zu teuer. Kalomel ist in Dosen von 0,3 bis 0,5 ein sicheres Laxans. Es bleibt das Medikament der Wahl im Beginn der Behandlung der infektiösen Verdauungsstörungen.

Stabsarzt Dr. med. **Reiss**, Reservelazarett II, Zweibrücken: **Erfahrungen mit Granugenol.** (Berl. klin. Wochenschr., 1916, No. 19.)

Angeregt durch die Untersuchungsergebnisse des Privatdozenten Dr. med. Rost (Heidelberg) entschloß Verf. sich zu einer Prüfung des „granulierenden Wundöles Knoll", das nun den wortgeschützten Namen „Granugenol" trägt. Es ist ein nur zum Teil gereinigtes Mineralöl ausgesuchter Herkunft, dem unter Befreiung von schädlich wirkenden Stoffen ein biologisch garantierter Gehalt an wirksamen Bestandteilen belassen wurde. Die Träger seiner Bindegewebsenergie sind ungesättigte Kohlenwasserstoffe, deren Siedepunkte sich zwischen 300 und 360° bewegen und die schon im Ausgangsmaterial enthalten sind. Verf. hatte Gelegenheit, das Granugenol während etwa ¾ Jahren bei den verschiedensten Wunden auszuprobieren. Unter Vermeidung von Spülungen oder Reinigungen mit antiseptischen Flüssigkeiten wurde die Wunde mit steriler trockener Gaze so gut als möglich gereinigt und getrocknet, mit einer einfachen Lage Jodoformgaze bedeckt und das Granugenol mittels einer langen Glaspipette darauf geträufelt, ein Vorgehen, das bei äußerster Sparsamkeit im Verbrauch größte Asepsis bei dem Verband ermöglichte. Bei tiefen Buchten oder Fisteln wurde das Oel direkt in diese eingeträufelt und die Wunde mit einer dickeren Lage steriler Gaze verbunden. Je nach der Stärke der Sekretion wurde der Verband jeden Tag oder jeden 2. Tag erneuert. Verf. kann die von anderen Seiten hervorgehobenen guten Wirkungen des Granugenols — reinigende Wirkung, rasche, gesunde und feste Granulationsbildung, des öfteren auch Epithelisierung, kein Festkleben und daher auch leichte und schmerzlose Verbandserneuerung — nur bestätigen. Er glaubt, daß wir in dem Granugenol ein unschädliches Mittel besitzen, das als Ersatz des Perubalsams gelten kann. Auch ist es viel billiger als dieser und sparsamer im Gebrauch.

C. **Posner**: **Perkaglyzerin in der Urologie.** (Berliner klin. Wochenschr., 1916, No. 21.)

Verf. konnte feststellen, daß sich für Glyzerin eine etwas höhere Viskosität, aber für Perkaglyzerin ein höheres spezifisches Gewicht ergibt. Daraus erklärt sich, daß letzteres in unverdünntem Zustand eine noch wesentlich stärkere Reizwirkung ausübt — man darf es für urologische Zwecke nur in Vermischung mit Wasser oder, besser noch, in der von Joseph angegebenen Form als Créme:

Perkaglyzerin 20,0
Tragacanth 3,0
Aq. dest. ad 100,0

anwenden. In dieser Form aber entspricht es allen Anforderungen an Gleitmittel für Katheter, Bougies, Dehner, Cystoskope und Urethroskope auf das vollkommenste und kann getrost, so lange das Glyzerin selbst anderen Zwecken dienstbar gemacht werden muß, an seine Stelle gesetzt werden. Selbstverständlich muß man, da das Präparat nicht in Zinntuben abgegeben werden kann, sorgfältig auf Sterilbleiben achten, nötigenfalls durch Erhitzen neu sterilisieren.

Dr. G. **Praetorius** (Hannover): **Notiz betreffend Beziehungen zwischen Prostatahypertrophie und Hoden.** (Med. Klinik, 1916, No. 22.)

Bei einem 75 jährigen Herrn mit Prostatabeschwerden und mäßigem Residualharn erhob Verf. folgenden Befund: Per rectum: Nur die rechte Hälfte der Drüse ist hypertrophiert, zirka vier- bis fünfmal so groß wie die linke Hälfte. Die linke Hälfte ist von völlig normaler Form, Größe und Konsistenz. Kystoskopisch findet sich gleichfalls eine halbseitige Hypertrophie, doch ist hier die linke Hälfte des Mittellappens erheblich vergrößert, während die Sphinktergegend rechts normale Größenverhältnisse aufweist. Die Anamnese ergab, daß der Kranke vor ungefähr 40 Jahren durch Fall auf den Damm eine schwere Quetschung des rechten Hodens erlitten hatte. Der rechte Hoden ist stark atrophisch. Da die Beziehungen zwischen Prostatahypertrophie und Hoden noch durchaus ungeklärt sind, ist der obige merkwürdige Befund von Interesse.

Dr. **Marcello Labor** (Laibach): **Fieberzustände nach Granatkontusionen und -erschütterung.** (Der Militärarzt, 1916, No. 14.)

Verf. machte die Beobachtung, daß unregelmäßige Fieberzustände bei Soldaten, die durch Granaten verschüttet oder geschleudert worden waren, recht häufig sind. Bei der Bearbeitung seines Materials schaltete Verf. alle die Zustände streng aus, bei welchen irgend einer der gewöhnlich bei Temperaturerhöhungen in Betracht kommenden Faktoren zu finden war, z. B. die kleinsten Lungenbefunde, alle Formen von akuten oder chronischen Darmerkrankungen. Selbstverständlich wurden auch alle Patienten, die neben den Kontusionen auch leicht oder schwer verwundet waren, von der Kasuistik ausgeschlossen. Trotz dieser Einschränkung des Materials verfügt Verf. derzeit über 18 genau beobachtete Fälle. Von diesen 18 zeigen 9 einen negativen Befund. Von den 9 positiven Fällen kann man 2 Gruppen bilden: 1. Remittierende und intermittierende Formen. 2. Formen mit einer Continua um 37,7 herum. Die Ursache dieser krankhaften Erscheinungen ist Verf. unbekannt. Man kann nach ihm nur die Hypothese aufstellen, daß es sich hier um eine Schädigung des Wärmeregulationszentrums handelt. Wie diese Schädigung beschaffen ist, ob hier auch kapilläre Apoplexien wie bei der Gehirnerschütterung mitspielen oder ob das Ganze nur als eine Störung des physiologischen Gleichgewichts anzusehen ist, bleibt unbestimmt.

Prof. Dr. **Adolph Hoffmann** (Greifswald): **Ueber traumatische Fisteln und ihre Behandlung.** (Med. Klinik, 1916, No. 16.)

Der gewöhnlichste Grund, warum eine Fistel sich nicht schließt, ist der, daß ein Fremdkörper — Granatsplitter, Tuchfetzen und dergleichen, oder ein abgestoßenes Knochenstück, Sequester — in der Tiefe liegt. Ist aber erst einmal eine Infektion des Fremdkörpers und der Höhle, in der er liegt, eingetreten, wie es das Vorhandensein einer eiterabsondernden Fistel beweist, so heilt diese Fistel nur dann, wenn der Fremdkörper entweder ausgestoßen oder resorbiert ist. Letzteres wird im allgemeinen nur bei Sequestern eintreten und dauert auch bei kleinen so lange, daß man schon deshalb im Interesse des Kranken nicht darauf warten kann. Aber nicht in allen Fällen ist ein Fremdkörper an dem Ausbleiben einer Fistelheilung schuld. Bisweilen läßt sich bei der Operation, die man zur Beseitigung einer Fistel ausführt, auch bei größter Sorgsamkeit nicht der kleinste Fremdkörper als Ursache der anhaltenden Eiterung feststellen. Man hat es dann gewöhnlich mit Höhlen oder längeren, gewundenen, zum Teil ausgebuch-

teten, mit Granulationen teils gut, teils nur mangelhaft, streckenweise kaum ausgekleideten Gängen zu tun, deren Ausführungsgang verhältnismäßig klein und schmal ist, wodurch ein gewisses Hindernis für die Entleerung des eitrigen Sekretes gegeben ist. Aus dem Gesagten erklärt sich, warum auch nach Extraktion der Fremdkörper in manchen Fällen eine Fistel nicht zuheilt; es geht ferner daraus hervor, daß eine länger bestehende Fistel zu ihrer Heilung operativ angegangen werden muß. Da wir nie genau sagen können, welches der oder die Gründe zur Unterhaltung einer Fisteleiterung sind, so muß die Operation stets so beschaffen sein, daß die Verhältnisse völlig klar und übersichtlich sind. Man mache also bei der Operation einen genügend großen Schnitt. Verf. exzediert stets die alte Narbe mit der Fistelöffnung. Sämtliche Gänge, Buchten und Nischen müssen freigelegt werden. Hierzu ist eine Entfernung der Granulationen unbedingt Erfordernis. Der scharfe Löffel, von sachkundiger Hand geführt, ist hierfür das geeignete Instrument. Wichtigste Aufgabe bleibt möglichst breites Freilegen aller Buchten, um jede Sekretstauung zu verhindern. Kr.

Privatdozent Dr. **G. A. Rost** (Bonn): **Ueber die Höhensonnenbehandlung des Lupus und anderer tuberkulöser Erkrankungen der Haut.** (Deutsche med. Wochenschr., 1915, No. 39.)

Verfasser kommt auf Grund seiner Erfahrungen zu folgenden Ergebnissen: 1. Durch Allgemeinbestrahlung mit der künstlichen Höhensonne allein kann bei Lupus und anderen tuberkulösen Erkrankungsformen der Haut und der Schleimhäute neben einer auffallenden Besserung des Allgemeinzustandes eine — unter Umständen an Heilung grenzende — günstige örtliche Beeinflussung erzielt werden. 2. Beschleunigt und vertieft werden kann diese örtliche Besserung durch Kombination mit Quarzlampenbestrahlung. 3. Dieses kombinierte Verfahren gestattet die Behandlung schwerster Formen. Es ist infolge der geringen örtlichen Reaktionen fast schmerzlos und infolge der Abkürzung der Gesamtbehandlungsdauer wie der Dauer der einzelnen Sitzungen erheblich billiger als die bisherige Lichtbehandlung ohne bezüglich der Resultate hinter dieser zurückzustehen, im Gegenteil bezüglich der Dauerheilung diese letztere vielleicht noch übertreffend. 4. Für Schleimhautlupus, sowie für die Formen der chirurgischen Tuberkulose eignet sich besonders die Kombination mit (gefilterten) Röntgenstrahlen. Auch hierbei ist eine Beschleunigung des Heilungsprozesses unverkennbar. R. L.

II. Bücherschau.

Kriegsärztliche Vorträge. Redigiert von Prof. Dr. **C. Adam.** Zweiter Teil. Mit 9 Abbildungen im Text. Jena 1916, Verlag von Gustav Fischer. 260 Seiten. Brosch. 5 M., geb. 6 M.

In diesem Band sind wieder eine Anzahl der an den „kriegsärztlichen Abenden" in Berlin gehaltenen Vorträge vereinigt. Die darin behandelten Fragen gehören den verschiedensten Gebieten an. Abgesehen von einigen Kapiteln der Kriegschirurgie, die hier von Bier, Dosquet, Riedel, Hackenbruch, Krückmann behandelt werden, finden wir epidemiologische Fragen besprochen, die durch den Krieg besondere Bedeutung gewonnen haben, so über das Fleckfieber (Prof. Jürgens), die Bekämpfung der Kleiderläuse (Prof. Heymann), Verbreitung der Maul- und Klauenseuche unter dem Einfluß des Krieges (Prof. Schütz). Einige Aufsätze betreffen allgemeiner mit dem Krieg zusammenhängende Gegenstände, z. B. Ernährungsfragen (Prof. Zuntz), ärztlich-rechtliche Streitfragen im Kriege (San.-R. Joachim), die militärische Vorbereitung der Jugend (Dr. A. Lewandowski). Von Interesse sind auch die „Erlebnisse und Eindrücke eines kriegsgefangenen Arztes (Dr. Fricke). R. L.

III. Tagesgeschichte.

Standesangelegenheiten, Medizinal-Gesetzgebung, soziale Medizin etc.

Altona. Das stellvertr. Generalkommando IX. A.-K. in Altona hatte erst vor zwei Monaten zur **Bekämpfung der ansteckenden Geschlechtskrankheiten** für alle an einer solchen Krankheit leidenden Personen die Meldepflicht bei der Polizei eingeführt. Kürzlich ist nun durch Verordnung des Generalkommandos vom 29. Juni 1916 diese Meldepflicht wieder aufgehoben und durch folgende Anordnung ersetzt worden:

„Die Polizeibehörden sind berechtigt, Zivilpersonen, die verdächtig sind, an einer übertragbaren Geschlechtskrankheit zu leiden, ärztlich, und zwar in der Regel amtsärztlich, untersuchen zu lassen. Solche Personen können zur ärztlichen Beobachtung und soweit sie krank befunden werden, bis zur Heilung von der übertragbaren Geschlechtskrankheit in einem Krankenhause zwangsweise untergebracht werden. Den Anordnungen der Polizeibehörde ist bedingungslos Folge zu leisten."

Wie bereits in No. 29 gemeldet, ist eine Verordnung ähnlichen Inhalts, die sich allerdings nur auf weibliche Personen bezieht, kurz vorher für den Bezirk des Reichskriegshafens in Kiel erlassen worden.

Straßburg i. E. In der vorigen Nummer wurde eine **Verordnung** des Generalkommandos Altona zur **Bekämpfung der Kurpfuscherei** abgedruckt und dabei bemerkt, daß inhaltlich gleiche Verordnungen gleichzeitig für eine größere Zahl weiterer Armeebezirke, darunter auch der Festungsbezirk Straßburg i. E., ergangen seien. Es ist hierzu nachzutragen, daß der Straßburger Erlaß auch ein Verbot der Ankündigung von Behandlung sexueller Erkrankungen seitens approbierter Aerzte in der Tagespresse enthält.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Frankfurt a. M. In der medizinischen Fakultät habilitierten sich Dr. L. Adler für Pharmakologie, Dr. R. Gonder für medizinische Zoologie, Dr. F. Teichmann für medizinische Protozoenkunde, Dr. K. Propping für Chirurgie, Dr. Edgar Goldschmidt für pathologische Anatomie und Prof. Dr. H. Bechhold für medizinische Physiko-Chemie.

Augsburg. Zum Leiter des Distriktskrankenhauses in Monheim wurde der als Sanitätsoffizier aus dem Felde zurückgekehrte Arzt Dr. Golling in Augsburg berufen. Dr. G. hat sich vom Müllerlehrling und Unteroffizier durch eisernen Fleiß bis zum Arzt und Krankenhausleiter emporgearbeitet.

Lemberg. Dem Privatdozenten für spezielle Pathologie und Therapie der inneren Krankheiten, Dr. Marian Franke wurde der Titel eines außerordentlichen Universitätsprofessors verliehen.

Genf. Als Nachfolger des verstorbenen Prof. Girard erhielt Prof. Dr. E. Kummer das Ordinariat der Chirurgie. — Der Professor der Anatomie Prof. S. Laskowski hat nach 40jähriger Tätigkeit sein Lehramt niedergelegt.

Paris. Im Alter von 71 Jahren starb am 16. d. Mts. der berühmte Biologe Prof. Elias Metschnikow. Ein geborener Russe, erhielt der Verstorbene seine wissenschaftliche Ausbildung auf deutschen Universitäten und wirkte darauf eine Reihe von Jahren als Professor der Zoologie in Odessa. 1886 siedelte er nach Paris über, wo er sich ausschließlich bakteriologischen Forschungen widmete und 1904 Mitdirektor des Pasteur-Instituts wurde. 1908 wurde er durch den medizinischen Nobel-Preis ausgezeichnet. Metschnikows wissenschaftliche Haupttat ist die Phagocytenlehre.

Gerichtliches.

Leipzig. Der praktische Arzt Dr. B. in M., der eine an Phlegmone der linken Hand erkrankte Frau behandelt hatte und dessen fehlerhafter Behandlung es zugeschrieben wurde, daß schließlich der Arm abgenommen werden mußte, wurde in allen Instanzen, zuletzt vom Reichsgericht, zu erheblichem **Schadenersatz** verurteilt. Unter anderem muß er nicht bloß der Frau, sondern auch deren Ehemann eine jährliche Rente zahlen mit der Begründung, daß diesem die Arbeitskraft der Frau entzogen sei.

Verschiedenes.

Berlin. Im Laufe des letzten Jahres haben mehrfach Demonstrationen des von dem Amerikaner Carnes erfundenen und nach ihm benannten Armersatzes stattgefunden. Zuerst war es der Röntgenologe und Chirurg Dr. Max Cohn, der in der kriegsärztlichen Vereinigung eine Vorführung des Carnes-Armes an seinem eigenen Körper veranstaltete. Vor kurzem stellte Prof. Borchardt in der Berliner medizinischen Gesellschaft einen Amerikaner vor, der zwei solcher Carnes-Arme trägt und mit ihnen eine große Leistungsfähigkeit entfaltet. Die Verwertung des Armes für unsere Kriegsbeschädigten hinderte aber bisher der hohe Preis, den die in Kansas City, Ver. St., ansässige Carnes Artifical Limb. Co., gestützt auf ihre Patente, forderte. Die deutschen Patente des Carnes-Armes sind jetzt von der **„Gemeinnützigen Gesellschaft für Beschaffung von Ersatzgliedern"** — auf Anregung des Vereins deutscher Ingenieure von einer Reihe deutscher Industriefirmen gegründet — in Berlin angekauft worden. Der Zweck des Ankaufes ist, die Patente unter Verzicht auf einen Gewinn aus ihrem Besitz für die Fabrikation zur Verfügung zu stellen, und so die Herstellung des Armes zu einem Preise zu ermöglichen, zu dem die Militärbehörde ihn für Kriegsverletzte beschaffen kann. Die „Gemeinnützige Gesellschaft für Beschaffung von Ersatzgliedern m. b. H." wird diese Fabrikation sofort in die Wege leiten. Sie hat mit der Militärbehörde bereits Fühlung genommen.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: San.-Rat Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil S. Caspari, Berlin-Schöneberg.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW. 68, Alexandrinenstraße 110.

85. Jahrgang Berlin, 5. August 1916 No. 32

Erscheint jeden Sonnabend. Bezugspreis vierteljährlich M 3,— Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Steinplatz 105 56

85. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W. 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Referate.

Prof. **Aufrecht** (Magdeburg): **Weiteres zur Kenntnis des Wesens der Erkältung.** (Deutsches Archiv f. klin. Medizin, Bd. 119, H. 3.)

Vorliegendes ist die Fortsetzung der Erkältungsversuche, über die Verf. im 117. Bande des Deutschen Archivs für klinische Medizin berichtet hat. Das Ergebnis sämtlicher Versuche vervollständigt Verf. dahin: Durch Abkühlung eines Teiles der Körperoberfläche bei Kaninchen werden bestimmt definierbare pathologische Veränderungen innerer Organe herbeigeführt. Diese Veränderungen sind unter der Bezeichnung Erkältung zusammenzufassen. Erkältung ist ein pathologischer Prozeß, genau so gut faßbar und definierbar, wie Erfrierung oder Verbrennung. Die Folgen der Abkühlung ist die Bildung von Fibrin, das in den Gefäßen der proximalen inneren Organe nachweisbar ist, d. h. bei Abkühlung des Hinterkörpers in den Lungen, bei Abkühlung der Bauchwand und der Nieren in der Leber und auch in der Lunge. Die Ursache der Fibringerinnung im strömenden Blute ist durch den Untergang weißer Blutkörperchen auf dem Wege durch die Gefäße der abgekühlten Körperteile gegeben. Der Beweis dafür ist durch die Tatsache erbracht, daß das Fibrin in den dem Abkühlungsorte proximalen Organen auftritt. Es darf aber auch angenommen werden, daß durch die Schädigung weißer Blutkörperchen nicht nur Fibrin, sondern auch Stoffe entstehen, welche die Dichtigkeit der Wände von kleineren Gefäßen und Kapillaren herabsetzen, so daß in distalen Organen, in der Pharynx-, Larynx- und Luftröhrenschleimhaut, in der Leber und in den Nieren Blutungen auftreten, ohne entsprechendes Vorhandensein von Fibrin. Zu welchen Schlüssen für die menschliche Pathologie berechtigt das Ergebnis dieser Versuche? Vor allem zu dem wichtigsten, daß Zweifel an der Tatsächlichkeit der Erkältung beim Menschen nicht berechtigt sind. Die anatomischen Befunde beim Tier gestatten, analoge Vorgänge nach Abkühlungen auch beim Menschen anzunehmen. Wir werden geradezu darauf hingewiesen, die empirisch als häufigste Folge der Abkühlung eines mehr oder weniger großen Teiles der Körperoberfläche festgestellten Katarrhe der Pharynx-, Larynx- und Luftröhrenschleimhaut auf Grund dieser Versuche als ausschließliche Folge der Abkühlung, ohne jede Mitwirkung bakterieller Erreger anzusehen. Denn die Veränderungen dieser Schleimhäute beim Menschen stimmen mit denen beim Tiere vollkommen überein. Kr.

Privatdozent Dr. **W. H. Veil**, Oberarzt der mediz. Klinik in Straßburg: **Ueber die Wirkung gesteigerter Wasserzufuhr auf Blutzusammensetzung und Wasserbilanz. Beitrag zur Kenntnis der Polydipsie und des Diabetes insipidus.** (Deutsches Archiv f. klin. Medizin, Bd. 119, H. 4—6.)

Die einmalige Zufuhr einer größeren Wassermenge führt zu einer negativen Wasserbilanz des Körpers, d. h. es wird mehr Wasser ausgeschieden als der Einfuhr entspricht (123 bis 138 Proz.). Die Ausscheidung des Wassers verteilt sich bei verschiedenen Individuen auf die Wasserausscheidungsorgane verschieden. Die geringste renale Ausscheidung betrug 91 Proz. der Einfuhr, die maximale 115 Proz. Dementsprechend ist die extrarenale Ausfuhr größer oder kleiner. Die Wasserbilanz im Blut ist abhängig von dem Zeitpunkt des Eintrittes der Diurese und der extrarenalen Wasserelimination. Erfolgen diese spät, so macht sich eine geringe Verdünnung des Blutes geltend. Es kommt aber auch eine sofortige Eindickung des Blutes vor. Sie tritt bei solchen Menschen ein, bei denen die Wasserzufuhr durch den Darm, noch ehe eine Resorption erfolgt sein kann, zu einer bedeutenden Steigerung der Perspiration führt, die vielleicht als eine rein reflektorische aufzufassen ist. Die Bluteindickung wäre dann vermutlich eine Parallelerscheinung zu diesem Reflex. Die vermehrte Wasserzufuhr hat regelmäßig eine Zunahme der molekularen Konzentration zur Folge. Der längerdauernde abnorm vermehrte Wasserkonsum beim Gesunden führt zu einer gewissen Umwälzung des Wasserwechsels, die die Zeit dieses Wasserkonsums noch überdauert. Er äußert sich in einer prozentualen Zunahme der renalen im Verhältnis zu der extrarenalen Ausscheidung. Er hat fernerhin eine Entsalzung der Gewebe zur Folge. Der Organismus verhält sich Salzzulagen gegenüber, wie wenn er kochsalzarm ernährt worden wäre. Im Blut findet gleichzeitig eine ganz beträchtliche Anhäufung mineralischer Stoffe statt, die sich in einer Zunahme der Gefrierpunkterniedrigung äußert. Der Fortfall der vermehrten Wasserzufuhr bedingt in den ersten Tagen eine weitere Steigerung dieses Zustandes, der sich allmählich zurückbildet. Der Wassergehalt des Blutes nimmt nur in den ersten Tagen etwas zu, dann sukzessive ab. Die negative Chlorbilanz überdauert ebenfalls die Zeit der vermehrten Wasserzufuhr. Der große Wasserkonsum löst eine Vermehrung des Durstgefühles aus, das bei seinem Fortfall noch bedeutend zunimmt. Die Mehrzahl der „Diabetes insipidus"-Kranken zeigt die typischen Veränderungen, die oben aufgeführt sind. Sie sind darnach als echte Polydipsien zu charakterisieren. Die vergleichende Beobachtung von molekularer Konzentration einerseits, Kochsalz- und Aschengehalt im Blutserum andererseits hat vielfach Differenzen ergeben, die nur schwer verständlich wären, wenn nicht verschiedene Erfahrungen es wahrscheinlich machten, daß zwischen den für den osmotischen Druck besonders maßgebenden Elektrolyten und Ampholyten und dem Serumeiweiß noch besondere Beziehungen obwalten. Während im Verlaufe des Trinkversuchs der osmotische Druck des Serums nur wenig zugenommen hatte, war der Gesamtaschengehalt zeitweise gegen früher gerade verdoppelt. Aehnliches ließ sich auch in den Fällen von krankhafter primärer Polydipsie nachweisen. Umgekehrt entsprach einem noch beträchtlich gesteigerten osmotischen Druck in der Wasserentziehungsperiode bezw. Nachperiode des Durstversuches durchaus nicht eine entsprechende Steigerung des Aschegehaltes. Alles das weist darauf

hin, daß ganz bedeutsame Regulationsmechanismen für den osmotischen Druck innerhalb des Blutserums selbst vorhanden sein müssen, die vielleicht in den Eiweißkörpern zu suchen sein werden.

Dr. **Arnold Pollatschek** (Karlsbad): **Die Diagnose der Cholelithiasis.** (Med. Klinik, 1916, No. 23.)

Verf. bespricht auf Grund einer 30jährigen Karlsbader Kurpraxis die Diagnostik der Cholelithiasis kritisch und fügt einige einschlägige eigene Wahrnehmungen ein. Als einen wesentlichen diagnostischen Behelf erkennt Verf. die richtig ausgeführte Palpation an. Ihr Nutzen hängt wesentlich mit der Streitfrage zusammen, ob die Gallensteinkrankheit tastbare Schwellungen verursacht. Solche Schwellungen fehlen nach Verf. selten während einer wirklichen Gallensteinkolik, sie überdauern diese entweder längere Zeit oder gehen rasch vorüber, jedenfalls bilden sie einen wichtigen diagnostischen Anhaltspunkt. Leicht auszuführen und zu verwerten ist die Palpation bei schlaffen Bauchdecken und in der schmerzfreien Zeit. Bei schwer ausführbarer Palpation der Leber und Gallenblase bedient Verf. sich unter Zuhilfenahme tiefer Respirationen eines Handgriffs, den er die oktodigitale Palpation genannt hat. Der Handgriff wird auf folgende Weise ausgeführt: Man tritt an die rechte Seite des Pat., untersucht bei möglichst flacher Lage desselben, indem man, mit der linken Hand von oben nach unten in die Tiefe zart vorgehend, den Leberrand mit den Fingerspitzen zu erreichen trachtet, ohne dabei einen starken Druck auszuüben. Nachdem man aber den Leberrand erreicht zu haben glaubt, setzt man im spitzen Winkel die ungleichnamigen vier Finger der rechten Hand — die Daumen kommen nicht in Aktion — auf die der linken, und zwar derart, daß die Spitzen der rechten Finger die der linken Finger etwas überragen, und drückt energisch mit der rechten Hand die unter ihr gelegene, lose flektierte Hand an den Leberrand an. Dadurch benutzt man zur Palpation des Leberrandes die ruhenden, durch keine Muskelkontraktion angestrengten, sondern passiv angedrückten Finger der linken Hand, unter Umständen auch gleichzeitig zum Befühlen der Innenfläche der Leber die linken Finger ein wenig überragenden, nach innen gekehrten vier Finger der rechten Hand. Im allgemeinen kann man sagen, daß, wenn in der Mammillargegend der Leberrand bei tiefer Atmung nicht gefühlt wird, eine Vergrößerung nicht statthat. Dies ist aber nach vorausgegangenen Gallensteinkoliken nur selten der Fall. Die Anschwellung ist im und nach dem Anfall bald längere, bald kürzere Zeit nachweisbar. Sie benötigt, wenn die Anfälle heftiger waren, zumeist mehrere Wochen zu ihrer Rückbildung. Auf diese Weise bildet der Nachweis derartiger Schwellungen einen wichtigen Behelf, deren Rückgang und Wiederauftreten eine um so sichere Unterlage für die Diagnose der Gallensteinkrankheit ist. Einen weiteren Anhaltspunkt für die Beurteilung gibt die Konstatierung von der durch die Palpation zu prüfenden Druckempfindlichkeit des unteren Leberrandes und der Gallenblasengegend. Sie wird teilweise schon bei der Vornahme der oktodigitalen Betastung eruiert. Noch zweckdienlicher ist zu diesem Behufe die direkte Untersuchung mit den Fingern einer Hand, indem man möglichst tief unter die Rippen vorgeht und auf die Gallenblasengegend drückt. Nur die positive Druckempfindlichkeit spricht für das Vorhandensein von Gallensteinen bezw. für eine durch dieselben erzeugte entzündliche Reizung. Die Unempfindlichkeit kann aber auch bei vorhandenen Gallensteinen in ihrer Latenzzeit vorkommen. Die Beobachtung eines ausgesprochenen Gallensteinanfalles bildet eine fast sichere Unterlage für die Erkenntnis der Gallensteinkrankheit. Der Ikterus ist ein wichtiges Merkmal. Aehnlich wie die Leberschwellung bildet er sich schnell im Gefolge des Anfalls aus, um erst allmählich zu verschwinden.

Prof. **W. Wechselmann** (Berlin): **Ueber reaktionslos verlaufende intravenöse Milchzuckerinjektionen (Schlayersche Funktionsprüfung der Nieren).** (Berl. klin. Wochenschr., 1916, No. 4.)

Die Schlayersche Funktionsprüfung der Niere mittels intravenöser Einverleibung von Milchzucker wird vom Verf. in allen irgendwie verdächtigen Fällen vor Anwendung intravenöser Salvarsaninjektionen geübt, da sie ein vorzügliches Bild über das Funktionieren des Glomerularapparates gibt; dieses ist aber für die ordnungsgemäße Ausscheidung des Salvarsans von grundlegender Bedeutung. Der Wert der Schlayerschen Methode ist allseitig anerkannt, und die neuesten experimentellen Untersuchungen von Schwarz und Pulay über das Schicksal des intravenös eingeführten Milchzuckers eröffnen noch neue Perspektiven. Vielfach wurden jedoch nach der intravenösen Einverleibung von Milchzucker heftige Reaktionen, Schüttelfrost, Fieber, Erbrechen beobachtet. Diese Uebelstände erreichten eine solche Höhe, daß verschiedene Kliniker die Methode trotz ihres hohen diagnostischen Wertes aufgaben. Nachdem Verf. zuerst mit den käuflichen, als steril bezeichneten Milchzuckerlösungen ebenfalls die obenerwähnten Nebenerscheinungen in mehr oder weniger starker Form beobachtet hatte, ging er dazu über, ein selbsthergestelltes Milchzuckerpräparat zu verwenden, bei dem die Uebelstände zum größten Teil verschwanden. Die Unbequemlichkeit, die in der eigenen Darstellung liegt, veranlaßte Verf., die Hilfe der Chem. Fabrik Güstrow in Anspruch zu nehmen. Hier ergab sich noch der Vorteil, daß der Milchzucker sofort bei seiner Darstellung von pilzlichen Verunreinigungen frei erhalten wurde und dann in absolut reinem destillierten Wasser gelöst sterilisiert werden konnte. Auf Verfs. Ersuchen stellt die Chemische Fabrik Güstrow Ampullen her, die auf 2 g frisch bereiteten Milchzuckers 20 ccm frisch destilliertes Wasser enthalten. Verf. überzeugte sich durch Aussaat auf Sabourandschen Maltoseagar, daß der Inhalt der Ampullen frei von Schimmelpilzen war. Der Inhalt wurde ohne weiteres Sterilisieren aus der Ampulle in die Vene gespritzt, und Verf. hat niemals Schüttelfrost oder irgendwie beachtenswerte Temperatursteigerungen, noch andere unangenehme Symptome bemerkt. Erst nach ¾jährigem Lagern traten in einzelnen Ampullen leichte Trübungen auf und die Injektionen machten ab und zu leichte Reaktionen. Verf. konnte hier Schimmelpilzentwicklung nachweisen. Er hat daher die Sorgfalt in der Darstellung noch gesteigert und hat nunmehr ein absolut einwandfreies Präparat erhalten, welches unter dem Namen Renovasculin in den Handel gebracht wird und absolut reaktionslos vertragen wird.

Dr. med. **Kurt Halbey**, Marinestabsarzt d. R. u. Oberarzt der Abteilung f. innerliche Kranke im Festungslazarett Kiel-Wik: **Die intravenöse Behandlung des akuten und chronischen Gelenkrheumatismus und verwandter Zustände mit Antiarthryl (50 proz. Melubrinlösung).** (Therap. Monatsh., Mai 1916.)

Die vorliegenden Erfahrungen haben die Mitteilungen der Autoren bestätigt, daß das Antiarthryl (50 proz. Melubrinlösung), intravenös dem menschlichen Organismus einverleibt, ein sehr gutes und schnell wirkendes Heilmittel zur Behandlung des Gelenkrheumatismus ist. Frühzeitig angewendet, beeinflußt es den akuten Gelenkrheumatismus schnell und sicher; es ist auch in der Lage, die Erkrankung zu coupieren. Bei der Behandlung des chronischen Gelenkrheumatismus kommt es darauf an, ob bereits destruktive Gelenkveränderungen vorliegen oder nicht. Wenn nicht, leistet Melubrin, intravenös appliziert, ebenfalls Gutes. Auch die ambulante intravenöse Antiarthryl- (bezw. 50 proz. Melubrinlösung-) Behandlung kann mit Erfolg durchgeführt werden, da irgendwelche gesundheitsschädigende Ereignisse dem Antiarthryl nicht zuzuschreiben sind. Das intravenöse Applikationsverfahren ist so einfach und ohne die geringste Schwierigkeit auszuführen, daß es zu wünschen ist, daß die erörterte Heilmethode die weiteste Verbreitung finde.

Dr. **Rudolf Massini**, 1. Assistent der med. Klinik in Basel: **Ueber Gonokokkensepsis. Gonorrhoisches Exanthem, gonorrhoische Phlebitis.** (Zeitschr. f. klin. Medizin, Bd. 83, H. 1 u. 2.)

Ein junger Mann erkrankt im Militärdienst an einer schweren Sepsis mit einem in Schüben auftretenden, makulösen, papulösen, pustulösen, hämorrhagischen Exanthem. Die Blutaussaat ergibt dreimal eine Reinkultur von Gonokokken. Die Untersuchung der Genitalien weist eine leichte Epididymitis und eine Spermatocystitis nach. In der Urethra konnten Gonokokken nicht sicher nachgewiesen werden, ebenso fehlte eitriges Sekret aus derselben. Die Autopsie ergibt als Ursache fü die Sepsis eine Phlebitis der Vena femoralis dextra mit Erweichung des Thrombus, ausgehend vom Plexus prostaticus. Diese Phlebitis hatte intra vitam keine Erscheinungen gemacht. Die Diagnose Gonokokkensepsis ergibt sich aus dem kulturellen Befund, dem klinischen und pathologisch-anatomischen Nachweis ausgedehnterer Erkrankung des Urogenitalsystems und der Wirkung einer aus dem gezüchteten Erreger hergestellten Vakzine bei einem Patienten mit gonorrhoischer Epididymitis.

Dr. **Albert Wydler**, Assistent der chir. Universitätsklinik in Basel: **Zur Methodik der Magnesiumsulfatbehandlung des Tetanus.** (Deutsche Zeitschr. f. Chir., Bd. 136, Heft 1—3.)

Das Magnesiumsulfat ist nach Verf. bei der symptomatischen Behandlung des Tetanus ein sehr brauchbares, aber nicht ungefährliches Mittel. Ohne eine fortwährende genaue Ueberwachung des Patienten darf es nicht zur Anwendung kommen. Durch subkutane, intramuskuläre oder intralumbale Injektionen ist es fast immer möglich, die Muskelstarre und die Krämpfe zum Verschwinden zu bringen und für die Dauer von 7—14 Stunden vollständige Erschlaffung zu erzielen. Die Dosierung ist bei den obengenannten Injektionsarten wegen der sehr inkonstanten Resorptiongeschwindigkeit eine unsichere, so daß wir stets mit Kumulationserscheinungen des $MgSO_4$ rechnen müssen, die zu Herzstillstand führen können. Da die Wirkung des $MgSO_4$ erst 20—30 Minuten nach der sub-

kutanen Injektion eintritt, sind wir gegenüber der paroxysmalen Wirkung des Tetanustoxins, die sich in plötzlich aus vollster Ruhe auftretenden großen Anfällen äußert, machtlos, und prophylaktische Injektionen bei noch schlaffem Körper zu machen, verbietet uns die Gefahr der Magnesium-Kumulation. Es erscheint deshalb zweckmäßig, die subkutanen, intramuskulären und intralumbalen Injektionen durch intravenöse zu ersetzen. Da die Magnesiumausscheidung eine vollständige und rasche ist, ist die Gefahr der Magnesium-Kumulation bei dieser Anwendungsform eine sehr kleine und dank der sehr rasch eintretenden Wirkung der intravenösen $MgSO_4$-Injektion können wir uns auch rasch gegen die paroxysmale Wirkung des Tetanustoxin verteidigen. Theoretisch könnte man glauben, daß dies nun wirklich die „richtige Anwendungsweise" sei, doch bedarf es einer viel größeren Zahl von Beobachtungen, um dies behaupten zu können. Um die Injektion möglichst rasch ausführen zu können, bindet Verf. eine Glaskanüle in eine Armvene ein; sie muß, da sie als Dauerkanüle funktionieren soll, zur Vermeidung von Thrombosenbildung paraffiniert werden. Eine Dosis von 30—50 ccm einer 5 proz. Magnesiumsulfatlösung mit einer Spritze möglichst rasch injiziert, genügt in der Regel, um nach 2—3 Minuten Muskelstarre und Krämpfe für eine Dauer von 4—5 Stunden vollständig zu beseitigen. Zu starke Magnesiumwirkung kann durch eine Injektion von 20 bis 50 ccm der 5 proz. $CaCl_2$-Lösung sofort aufgehoben werden. Sie sollte deshalb im Momente der Magnesiumsulfatinjektion stets zur Benutzung bereitstehen.

Dr. J. **Sladek**: **Ueber Lungenschüsse.** (Wiener med. Wochenschrift, 1916, No. 23.)

Verf. beobachtete seit Kriegsbeginn 64 Fälle von Lungenschüssen. Aus den von S. beobachteten Fällen ersieht man, daß in Uebereinstimmung mit vielen Angaben in der bisherigen Literatur eine vollständige Restitutio ad integrum in einer Anzahl von Fällen festgestellt werden konnte, bei Verfs. Material in fast der Hälfte der Fälle. Allerdings war die Zeit, die zur Ausheilung notwendig war, eine verhältnismäßig lange, durchschnittlich 45 Tage. Verf. glaubt, daß die meisten Frontdiensttauglichkeit erlangt haben. Die Beurteilung der Frontdiensttauglichkeit wäre vor allem nach bestimmten Gesichtspunkten zu ordnen, und zwar nach den subjektiven Beschwerden und den objektiven Befunden. Dabei ist neben der Beurteilung der Lungenventilation auf Grund von Adhäsionen und geringerer respiratorischer Verschieblichkeit des Zwerchfells besonders auch auf eventuelle Störungen im Lungenkreislauf und die damit zusammenhängende Leistungsfähigkeit des rechten Herzens zu achten, und auf diesen letzteren Punkt möchte Verf. besonderes Gewicht legen. Bei klinisch und radioskopisch ausgeheilten Fällen erfährt die Leistungsfähigkeit des Herzens, insoweit keine vorhergehenden Infekte im Verlaufe des Hämatothorax zu einer Schädigung des Herzmuskels geführt haben, keine Beeinträchtigung und treten somit auch keine Störungen beim späteren Frontdienst ein. Bei den mit Schwartenbildung ausgeheilten Lungenschüssen verhält sich die Sache jedoch anders. In dem Maße wie die Ausdehnung der Schwartenbildung vor sich geht, tritt auch eine gewisse Beeinträchtigung der Lungenzirkulation und hiermit auch eine Mehrbelastung des rechten Herzens ein. In den hochgradigen diesbezüglichen Fällen kommt es sicher zur Hypertrophie des rechten Ventrikels, und solche Kranke sind demnach, abgesehen von ihren pleuralen Veränderungen, auch noch mit einem Defekt des Kreislaufapparates behaftet und für den Frontdienst als untauglich zu qualifizieren. Denn schon bei relativ geringen körperlichen Anstrengungen zeigen sie subjektive Beschwerden, wie Dyspnoe und Schmerzen in der erkrankten Thoraxhälfte, und objektiv die Zeichen von Zyanose, beschleunigter Herzaktion und Dilatation des hypertrophischen rechten Ventrikels. Nur für leichten Dienst ohne besondere körperliche Anstrengung sind sie zu verwenden. Von der größten Wichtigkeit in therapeutischer Beziehung ist eine entsprechende Nachbehandlung im Sinne einer rationell durchgeführten Thoraxgymnastik, mit der rechtzeitig begonnen werden soll.

San.-Rat Dr. **Rudolph** (Magdeburg): **Ueber die Verwendung des Tumenols bei Ulzeration.** (Therapeut. Monatshefte, April 1916.)

Das bereits seit dem Jahre 1891 durch Neissers Empfehlung bekannte Tumenol hat noch nicht den ihm gebührenden Platz unter den Arzneimitteln erlangt. Nur von den Dermatologen wurde es und wird es mit Recht hochgeschätzt. Es verdient nach R. aber auch in der sogen. kleinen Chirurgie die gleiche Anerkennung. Folgender Paste bedient sich Verf. seit 12 Jahren bei allen oberflächlichen Geschwüren:

Tumenol. ven. 5,0
Zinc. oxyd.
Amyl. tritici
Vaselin. flav.
Lanolin . . . . . āā 25,0

Sie ist das bequemste Verbandmittel deshalb, weil eine besondere subtile Desinfektion der geschwürigen Stelle überflüssig ist und eventl. vorhandene Borken und Inkrustationen sich von selber lösen. Da der Verband nicht festklebt, ist die Entfernung schmerzlos und die Verwendung der Paste deshalb gerade in der Kinderpraxis empfehlenswert. Infolge der entzündungswidrigen und in hohem Maße epithelisierenden Eigenschaften des Tumenols vollendet sich die Heilung schneller als unter anderen Verbänden. Dabei zeigen sich niemals irgendwelche Nebenwirkungen wie bei der Scharlachsalbe und deren Verbeserung, dem Pellidol. Reizzustände der umgebenden gesunden Haut treten niemals auf, im Gegenteil, sie wird bestens konserviert. Zur Nachbehandlung von Furunkeln, Panaritien, Wundflächen nach Abszessen gibt es nach Verf. kein brauchbares Mittel als diese Pasta Tumenoli. Unerläßliche Vorbedingung für prompte Wirkung der Paste ist die Herstellungsweise seitens der Apotheker. Auffallend ist, daß die Salbe zuweilen ein abweichendes Aussehen zeigt, nicht graubraun, sondern silbergrau aussieht. Letztere war stets wirkungslos. Der Apotheker darf auf keinen Fall zwischen den vier verschiedenen Tumenolprodukten, die im Handel existieren, ein beliebiges auswählen, wenn Tum. ven. aufgeschrieben ist. Wenn freilich letztgenanntes Präparat an einem trockenen Orte aufbewahrt wird, kann ein Eindicken des Tumenols eintreten. Diese festgewordene Masse ist dann außerordentlich schwer zu verarbeiten und gibt in der Salbe Knötchen und feste dunkle Brocken. Solche Salbe ist sofort der Apotheke zurückzuschicken. Zu kleinchirurgischen Zwecken eignet sich jedenfalls nach Verfs. Versuchen das von ihm oben angegebene Rezept mit Tumenol. venal. am allerbesten.

K. **Franz** (Berlin): **Die Behandlung der klimakterischen Blutungen mit Röntgenstrahlen.** (Die Therapie d. Gegenwart, März 1916.)

Die Diagnose ist zu stellen, wenn die Untersuchung keinerlei krankhafte Veränderngen an den Unterleibsorganen nachweisen läßt. Differentialdiagnostisch kommt das Corpuskarzinom in Betracht. Es unterscheidet sich klinisch von der klimakterischen Blutung meistens durch die Dauer der Blutung, durch die ununterbrochene Blutausscheidung. Die klimakterischen Blutungen sind ovariellen Ursprungs und sind nicht bedingt durch eine Erkrankung der Uterusschleimhaut. Wir müssen annehmen, daß sie durch Störungen der inneren Sekretion des Eierstocks hervorgerufen werden. Dafür spricht die Wirkung therapeutischer Maßnahmen. Nicht jede Unregelmäßigkeit in den Wechseljahren braucht gleich behandelt zu werden. Sehr oft sind die Blutungen nur vorübergehend und bedürfen keiner weiteren Therapie. In den wenigsten Fällen sind von vornherein die Blutungen so stark, daß eine Behandlung notwendig ist. Medikamentöse Mittel sind völlig nutzlos, sei es, daß man blutstillende Mittel anwenden wollte oder Organpräparate. Ebenso nutzlos ist die sonst bei Uterusblutungen so beliebte Ausschabung. In den weitaus meisten Fällen haben wir in der Röntgenbehandlung ein sicheres und gefahrloses Mittel. Seit fünf Jahren wendet Verf. die Bestrahlungsbehandlung bei allen klimakterischen Blutungen an, und er hat kaum einen Mißerfolg gehabt. Die Bestrahlung wird mit möglichst harter Strahlung serienweise ausgeführt. Verf. benutzt die Müllerschen Siederöhren, gibt der Haut an drei aufeinander folgenden Tagen auf neun Feldern etwa 300 X unter 3 mm Aluminium mit 23 cm Fokushautabstand, und wiederholt die Serie in 14 Tagen. Durchschnittlich ist nach vier Serien die Amenorrhoe erreicht. Die Röntgenstrahlen wirken auf die Eierstöcke und ihre Funktionen. Ohne daß der Eierstock makroskopisch verändert wird, wird seine innersekretorische Tätigkeit zerstört. Verf. hat so gut wie immer Ausfallserscheinungen nach Bestrahlungen gesehen. So unangenehm diese auch sind, so sind sie doch gänzlich gefahrlos und pflegen in kürzerer oder längerer Zeit vollständig zu verschwinden. Kr.

II. Bücherschau.

Die Beurteilung von Augensymptomen bei Hysterie. Von Dr. **R. Wissmann**, Assistent der Universitätsaugenklinik zu Straßburg. Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Augenheilkunde, Band X, Heft 1/2. Halle a. S. 1916, Carl Marhold, Verlagsbuchhandlung. 110 S. 2,50 M.

Die Beziehungen des Nervensystems zum Auge sind sehr enge, und so ist es nicht wunderbar und jedem Augenarzt geläufig, daß auch die Hysterie die verschiedenartigsten Symptome an den Augen hervorrufen kann. Insbesondere sind es Lähmungserscheinungen der äußeren Augenmuskeln, Pupillenstörungen, Störungen der Akkommodation, Sehstörungen, Anomalien des Gesichtsfeldes, die bei der Hysterie eine Rolle spielen. Verf. wurde durch einen in der Breslauer Augenklinik von ihm beobachteten Fall veranlaßt, die gesamte Literatur über die Beziehungen zwischen Hysterie und Auge durchzusehen und verarbeitet in der vorliegenden Abhandlung das

so gesammelte Material in zusammenfassend kritischer Weise. Am Schluß seiner Arbeit stellt Verfasser die benutzte Literatur zusammen, das Verzeichnis umfaßt nicht weniger als 24 Seiten. Die fleißige Schrift stellt eine dankenswerte Ergänzung der Lehrbücher der Augenheilkunde und der Nervenheilkunde dar.

Oekonomie in der Ernährung. Von **Russell H. Chittenden**, deutsch von Hofrat **Dr. Suchier**, Freiburg i. B. Zweite Auflage. München 1916, Verlag der ärztlichen Rundschau (Otto Gmelin). 32 S. 0,60 M.

Die vorliegende Schrift verdient gerade jetzt, wo wir bei Unterbindung jeder Zufuhr aus dem Auslande genötigt sind, auf das sparsamste mit den zur Verfügung stehenden Nahrungsmitteln umzugehen, wo jeder Einzelne in seiner Ernährung sich auf den Erhaltungsbedarf beschränken muß, besondere Beachtung. Chittenden hat schon vor einer Reihe von Jahren auf experimentellem Wege die geringsten Mengen N-haltiger und N-freier Stoffe festgestellt, welche erforderlich sind, den Menschen im Körper- und Stickstoff-Gleichgewicht, bei guter Gesundheit und Leistungsfähigkeit zu erhalten. Chittenden stellte seine Versuche an 27 Personen verschiedener Berufsstände an und dehnte sie auf längere Perioden, Monate bis Jahre, aus. Er kam zu dem Ergebnis, daß erheblich geringere Nahrungsmengen zur Erhaltung des Körpergleichgewichts und der Arbeitsfähigkeit genügen, als bisher die Ernährungsphysiologen angenommen hatten. Für Geistesarbeiter (Universitätsprofessoren) genügt darnach eine Nahrungszufuhr, die für den Tag 50 g Eiweiß enthält und einen Energiewert von im Mittel 2000 Kal. repräsentiert. Für Soldaten sind die entsprechenden Zahlen 55 g Eiweiß und 2500 Kalorien, für „Athleten" (d. h. sportausübende Studenten) 66 g Eiweiß und 2730 Kalorien. Besonders das Eiweißquantum bleibt erheblich hinter der bisher geltenden Voit-Rubnerschen Norm zurück. Chittendens Ergebnisse haben später durch andere Forscher, z. B. den Dänen Hindhede, Bestätigung gefunden. In vorliegender Schrift sind Chittendens Untersuchungen in kurzer, gemeinverständlicher Form dargestellt. Die Lektüre der Schrift wird ängstliche Gemüter überzeugen, daß wir auch unter den heutigen Verhältnissen von einem irgendwie gefahrvollen Nahrungsmangel weit entfernt sind. R. L.

III. Tagesgeschichte.

Standesangelegenheiten, Medizinal-Gesetzgebung, soziale Medizin etc.

Straßburg. Unter dem 7. Juli d. J. ist für das XV. Armeekorps auch hier, wie bereits erwähnt, eine Verordnung zur **Bekämpfung der Kurpfuscherei** ergangen. Die auf das Gebiet des Geschlechtslebens bezüglichen Bestimmungen gehen teilweise über die für die anderen Heeresbezirke erlassenen erheblich hinaus; sie seien daher hier im Wortlaute wiedergegeben: 1. Verboten wird die Ankündigung der Behandlung von Harnleiden und Geschlechtskrankheiten durch approbierte Aerzte in den Zeitungen, sowie die Behandlung geschlechtskranker Militärpersonen durch approbierte Aerzte ohne sofortige Anzeige an den zuständigen Truppenarzt oder das Sanitätsamt des stellvertretenden Generalkommandos. 2. Personen, welche auf Grund amtlicher Anordnung in ärztlicher Behandlung wegen Geschlechtskrankheiten waren, sind verpflichtet, der ihnen im Entlassungsausweis erteilten ärztlichen Vorschrift nachzukommen. 3. Der Verkauf von Mutterspritzen mit langem und dünnem Ansatzstück (Umfang der Spitze unter 1 cm) und von Intrauterinpessarien aller Art (Steriletts u. a.) ist nur auf Grund ärztlicher Anordnung und Bescheinigung erlaubt. 4. Geschlechtskranke Personen, die aus Böswilligkeit oder Fahrlässigkeit eine Geschlechtskrankheit weiter verbreiten, werden, soweit die bestehenden Gesetze keine höheren Strafen bestimmen, gemäß § 9b des Gesetzes vom 4. Juni 1851 bestraft. Gegen Militärpersonen ist in solchen Fällen auch wegen Ungehorsams einzuschreiten.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. An Stelle des verstorbenen Generalarztes Dr. v. Ilberg ist Oberstabsarzt Dr. v. Niedner zum ersten und Stabsarzt Dr. Wezel zum zweiten Leibarzt des Kaisers ernannt worden.

— Das **Eiserne Kreuz 1. Klasse** ist folgenden Aerzten verliehen worden: Prof. Dr. Bötticher (Berlin-Lichtenberg), Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Hoffmann (Düsseldorf), Generalarzt Dr. Albrecht (Hannover), Oberstabsarzt Dr. Zernke, Stabsarzt Dr. Petermann (Bielefeld), Dr. Jarecki (Breslau) und Dr. Häuer (Berlin-Hohenstein i. Ostpr.).

— Im Alter von 67 Jahren starb hierselbst der Augenarzt Geh. Sanitätsrat Prof. Dr. Konrad Fröhlich, der, ein Schüler von Horner in Zürich und A. Graefe in Halle, seit 1875 in Berlin als geschätzter Augenarzt wirkte. Er veröffentlichte eine Reihe von Einzelabhandlungen aus seinem Sondergebiet in den Fachzeitschriften und führte seit 1896 den Professortitel.

Breslau. Für innere Medizin habilitierte sich Dr. med. Joseph Severin.

Marburg. Als Nachfolger des nach Königsberg gehenden Prof. Dr. Matthes ist Prof. Dr. Gustav v. Bergmann, zurzeit Direktor des städtischen Krankenhauses in Altona, als Ordinarius der inneren Medizin hierher berufen worden. Prof. v. Bergmann ist ein Sohn des verstorbenen Chirurgen Ernst v. Bergmann; von 1908 bis 1912 hat er als Privatdozent und Oberarzt der zweiten medizinischen Klinik der Charité in Berlin gewirkt.

Wiesbaden. Im Alter von 68 Jahren starb hierselbst Prof. Dr. Adolf Weil, der vor Jahren kurze Zeit das Ordinariat der inneren Medizin in Dorpat bekleidete. Schüler von Friedreich in Heidelberg und L. Traube in Berlin, hatte er sich 1872 in Heidelberg für innere Medizin habilitiert und war dort 1876 zum außerordentlichen Professor ernannt worden. Von 1886 bis 1887 leitete er die medizinische Klinik in Dorpat. Nach der aus Gesundheitsrücksichten erfolgten Niederlegung seines Lehramts kehrte er nach Deutschland zurück; seit 1893 wirkte er in Wiesbaden als Arzt. Prof. Weil ist besonders durch die Beschreibung der nach ihm benannten, mit Gelbsucht und Leberschwellung einhergehenden Infektionskrankheit bekannt geworden.

Frankfurt a. M. Einige weitere Habilitationen haben hier stattgefunden, und zwar habilitierten sich Dr. Walter Veit Simon für Chirurgie, Stabsarzt Prof. Dr. K. E. Boehncke und Dr. H. Braun für Hygiene, Dr. E. Schmitz für vegetative Physiologie, Dr. F. Wildermuth für Physiologie, Dr. M. Traugott für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten, Dr. K. Altmann für Dermatologie, Dr. S. Isaac für innere Medizin.

Hamburg. Dr. Martin Mayer, wissenschaftlicher Assistent am Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten, hat den Professortitel erhalten.

Erlangen. Aerzte, die außer der medizinischen Doktorwürde noch das Doktorat einer anderen Fakultät, meist der philosophischen, besitzen, gibt es im Deutschen Reich eine ganze Anzahl — meist erwarben sie den Doktorhut jener anderen Fakultät, bevor sie sich der Medizin zuwandten; daß aber ein schon längere Zeit in der Praxis stehender Arzt, und noch dazu ein bereits mit dem Professortitel geschmückter, nachträglich die philosophische Doktorwürde sich erwirbt, dürfte bisher noch nicht vorgekommen sein. Dieser Fall hat sich kürzlich hier ereignet, und zwar ist es der schon früher mit philosophischen Publikationen hervorgetretene Heilstättenarzt Prof. Dr. med. Fritz Koehler, der hier zum Dr. phil. promoviert wurde. Seine Dissertation trägt den Titel: „Die sittlich-religiöse Begründung der modernen nationalen Erziehung, geprüft an der Auffassung des Kriegsproblems in der jüdisch-christlichen Religionsgeschichte und an Erkenntnissen der Völkerpsychologie".

München. Der ordentliche Professor der Anthropologie Dr. Johannes Ranke ist im Alter von beinahe 80 Jahren gestorben. Ein Neffe des berühmten Historikers Leopold v. Ranke, hatte er ursprünglich Medizin studiert und sich dann der Physiologie zugewandt, für die er sich 1863 in München habilitierte. 1869 wurde er zum außerodentlichen Professor ernannt. 1879 vertauschte er dieses Lehramt mit einem Extraordinariat für Anthropologie, das 1886 in ein Ordinariat, das erste dieses Faches in Deutschland, verwandelt wurde. Rankes Hauptwerk ist seine mehrfach aufgelegte zusammenfassende Darstellung der Anthropologie „Der Mensch".

Tübingen. Dr. Otto Brösamlen hat sich für innere Medizin habilitiert.

Freiburg i. B. Der Ordinarius der Hygiene Prof. Dr. Martin Hahn hat einen Ruf nach Kiel als Nachfolger des verstorbenen Geheimrats B. Fischer abgelehnt.

London. An den Folgen eines Sonnenstiches starb im Alter von 59 Jahren in Mesopotamien der Chirurg Dr. Victor Horsley, der besonders durch seine Arbeiten auf dem Gebiet der Hirnchirurgie bekannt geworden ist.

Gerichtliches.

Leipzig. Der Krankenbehandler M. in Augsburg war vom dortigen Landgericht wegen **Sachwuchers** zu 6 Monaten Gefängnis und 600 M. Geldstrafe verurteilt worden. M. forderte von seinen Patienten auf Grund eines von den Behandelten unterschriebenen Reverses Preise für Besuche, Unkosten und Lieferung von Medikamenten, die weder durch seine geringwertige Leistung, noch seine Behandlung gerechtfertigt waren. Meistens schaute er den Kranken nur in die Augen, fühlte ihnen den Puls und verabreichte homöopathische Mittel; dafür verlangte er 10 M. und mehr. Die Revision des Angeklagten wurde kürzlich vom Reichsgericht verworfen. (Pharm. Ztg.)

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: San.-Rat Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil S. Caspari, Berlin-Schöneberg.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW. 68, Alexandrinenstraße 110.

85. Jahrgang — Berlin, 12. August 1916 — No. 33

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Steinplatz 105 56

85. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W. 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Referate.

Dr. **Georg Haas** (Gießen): **Der Indikangehalt des menschlichen Blutes unter normalen und pathologischen Zuständen.** (Deutsches Archiv f. klin. Medizin, Bd. 119, H. 1 u. 2.)

Die wichtigsten Ergebnisse vorliegender Untersuchung sind folgende: Indikan ist ein regelmäßiger Bestandteil des menschlichen Blutes; in 100 ccm Blutserum ist es in einer durchschnittlichen Menge von 0,045 mg vorhanden, die normalerweise vorkommende Variationsbreite schwankt ungefähr zwischen 0.026 u. 0,082 mg in 100 ccm Serum. Die Art der Nahrung bleibt ohne wesentlichen Einfluß. Bei Erkrankungen des Darmes erhöht sich der Indikanspiegel im Blute und kann etwa bis zu dem beobachteten Höchswerte von 0.147 mg (Dünndarmverschluß) ansteigen. Die quantitative Indikanbestimmung im Blute ist eine Methode zur Prüfung der Funktionstüchtigkeit der Nieren; Werte von 0,180 mg ab in 100 ccm Serum weisen eindeutig auf eine bestehende Niereninsuffizienz hin, im urämischen Koma werden Zahlen bis zu 2,7 mg erreicht. Das Verfahren der quantitativen Indikanbestimmung im Blute war in den vom Verf. bisher beobachteten Fällen mit Rücksicht auf die Frühdiagnose einer bestehenden Niereninsuffizienz der Reststickstoff- oder Harnstoffbestimmung überlegen. Denn sie brachte eine Funktionsschädigung bereits zum Ausdruck, wo der Reststickstoff noch normale Funktionskraft der Nieren veranschaulicht.

Oberarzt Dr. **C. Wortmann** und Feldunterärzte **A. Hackradt** und **M. Quirin: Ueber eine kombinierte Pyramidon-Bädertherapie bei Unterleibstyphus.** (Therapeut. Monatshefte, Dezember 1915.)

Die Verff. geben 1. eine Zusammenstellung der von ihnen beobachteten Pyramidonwirkungen auf das Fieber bei Unterleibstyphus; 2. erläuternde Beispiele der auf Grund dieser Erfahrungen in ihrer Typhusstation angewandten kombinierten Bäder-Pyramidontherapie; 3. einen Vergleich ihrer durch diese Therapie erzielten Erfolge mit den Ergebnissen einer anderen Behandlung ohne systematische Pyramidonanwendung bei einer ungefähr gleichgroßen Krankenzahl, welche zu gleicher Zeit in demselben Infektionsgebiet angesteckt wurden. Die wesentlichsten Vorteile der kombinierten Pyramidon-Bädertherapie sind: 1. Die Verkürzung der täglichen Fieberschwankungen nach Beendigung des Fastigiums auf zwei Drittel und die dadurch dem Herzen ersparten hohen Anforderungen. 2. Der geringere Prozentsatz an Bädern, der auf den Kranken fällt, denn der lange Transport von Bett zu Bad stellt in großen Typhusbaracken eine nicht zu unterschätzende Anforderung an den durch die Strapazen des Krieges geschwächten Kranken. — Durch die Herabsetzung der Temperaturschwankungen haben die Verff. der bei Typhus besonders gefährdeten Herzkraft genützt. Sie haben erreicht, daß bei der einfachen Pyramidondarreichung eine unter oft recht schwierigen lokalen Verhältnissen auszuführende Bädertherapie eingeschränkt werden kann, besonders mit Rücksicht auf die drohenden Herzerscheinungen, wenn sie auch die Bädertherapie als nie zu unterlassende, segensreiche Einwirkung auf Sensorium, Zirkulation usw. unbedingt anwandten, gute Herzkraft natürlich vorausgesetzt.

Arno Ed. Lampé und **Lavinia A. Lampé** (München): **Ueber Peptone in ihrer Verwendung als Antigen.** (Deutsches Arch. f. klin. Medizin, Bd. 119, H. 1/2.)

In der vorliegenden Mitteilung wird gezeigt, daß den Peptonen antigenetische Eigenschaften zukommen. Im einzelnen ergaben die Untersuchungen folgendes: Aus tierischem oder pflanzlichem Eiweiß durch Säurehydrolyse dargestellte Peptone vermögen an sich Komplement zu binden. Jedes Pepton verhält sich verschieden. Von ausschlaggebender Bedeutung für die Menge des gebundenen Komplements ist die Konzentration der angewandten Peptonlösung. Kleinste Peptonmengen wirken aktivierend auf die Hämolyse. Im Serum gesunder Menschen finden sich keine Antikörper gegen Augenlinsen-, Gehirn-, Plazenta-, Schilddrüsen-, Thymus-, Lungen-, Seiden- und Gliadinpepton. Im Serum kranker Menschen können Antikörper gegen bestimmte Peptone vorkommen. Im Serum von Kaninchen lassen sich ausnahmsweise Antikörper gegen Gliadin-, Thymus- und Lungenpepton feststellen. Antikörper gegen die übrigen Peptone konnten nicht nachgewiesen werden. Im allgemeinen sind auch die Kaninchenseren frei von Antikörpern gegen Peptone. Im Serum von Kaninchen, die mit den genannten Peptonen vorbehandelt sind, treten nach kürzerer oder längerer Zeit komplementbindende Antikörper auf, die sich in vitro unter Anwendung des betreffenden Peptons als Antigen nachweisen lassen. Die bei der Vorbehandlung (Immunisierung) mit Peptonen gewonnenen Antikörper sind weitgehend, aber nicht absolut spezifisch. Werden Kaninchen mit Eiweiß vorbehandelt, so treten nach verschiedenen Intervallen im Serum komplementbindende Antikörper auf, die sich in vitro unter Benutzung des entsprechenden Peptons als Antigen nachweisen lassen. Den bei der Eiweißimmunisierung entstehenden, in vitro mit Peptonen nachweisbaren komplementbindenden Antikörpern kommt eine weitgehende, aber nicht absolute Spezifität zu

Landsturm-Regimentsarzt Dr. **Karl Doctor**, Leiter des bakteriol. Laboratoriums im Lagerspital Feldbach: **Zur Frage der Komplementgewinnung.** (Wiener klin. Wochenschr., 1916, No. 24.)

In Anbetracht des Umstandes, daß gegenwärtig infolge der mit dem Krieg zusammenhängenden Zunahme der venerischen Erkrankungen eine große Anforderung an Meerschweinchenblut für die Komplementgewinnung zur Wassermannschen Blutuntersuchung besteht, ist die Deckung des Bedarfes an Meerschweinchen mit großen Schwierigkeiten verbunden. Verf. gibt deshalb ein Verfahren bekannt, welches ermöglicht, mit dem vorhandenen Material sparsamer umzugehen und größere

Blutmengen aus jedem einzelnen Tier zu gewinnen. Der Vorgang dabei ist folgender: Bei einem kleinen Stand von etwa fünf bis sechs Tieren wird abwechselnd ein Stückchen des Ohrläppchens mit einer Cooper-Schere abgezwickt, nach vorhergehender Desinfektion mit Alkohol und nach Kompression der abführenden Ohrenvene. Auf diese Weise kann je nach Bedarf 1 bis 2 ccm Blut leicht entnommen werden, welche Menge für 50 bis 100 Proben ausreicht. Indem man mit den Tieren der Reihe nach alternierend vorgeht, regeneriert sich inzwischen beim ersten Tier das Blut und man kann dasselbe Verfahren so lange weiter üben, bis beide Ohrläppchen vollständig abgezwickt sind. Zum Schluß bleibt die Entnahme des Blutes durch Herzpunktion. Weiter verfährt Verf. bei der Ausführung der Blutuntersuchung auf Komplementbindung so, daß er statt 5 ccm Gesamtvolumen nur 0,5 ccm in kleinen passenden Glasröhrchen von 1,5 ccm Volumen aufstellt, und erzielt damit ebenso verläßliche Resultate wie früher mit dem großen Volumen.

Doz. Dr. **K. Ullmann**: **Enuresis nocturna militaris.** (Wiener med. Wochenschr., 1916, No. 20.)

U. hat in der 4. Abteilung des Spitals in Pola bei Konstatierungen binnen 1½ Jahren 131 Fälle von Enuresis nocturna bei Soldaten beobachtet. Die Enuresis zeigte verschiedene Formen: ohne alle Komplikationen, mit Polyurie, Pollakiuria nervosa, Diabetes insipidus, Enuresis diurna. Mit Pollakiurie waren 74 Fälle kompliziert. Die Fälle, welche Pollakiurie hatten, entleerten den Harn bis 30 mal im Tag, es fehlte dabei jede Affektion der Harnwege. In der Aetiologie der Enuresis scheinen körperliche und psychische Erregung und Veranlagung eine wichtigere Rolle zu spielen als das Kältetrauma. Es handelte sich vielfach um Personen, welche schon in der Jugend Enuriker waren. 4 Fälle von Pollakiurie waren mit Polyurie kompliziert, die Pat. entleerten bis zu 4½ Litern Harn im Tage, die Harnmenge war auch bedeutend, wenn die Flüssigkeitszufuhr reduziert wurde. Diese Pat. magerten binnen einigen Wochen um 8—10 kg ab, später nahmen sie wieder an Gewicht zu. Unter den Fällen von reiner Enuresis trat diese in 9 Fällen erst nach der Pubertät, in den übrigen meist schon in der Kindheit auf. F u c h s und M a t t a u s c h e k haben bestimmte Symptome als Zeichen der Enuresis angegeben, wie z. B. Spaltenbildung des Kreuzbeins, Nävi in der Sakralgegend und Schwimmhautbildung. U. hat bei der Nachprüfung dieser Symptome in 35 Fällen leichte Veränderungen am Kreuzbein gefunden, wie z. B. weitgespaltenen Hiatus superior oder inferior, Spaltenbildung, Verdünnung der hinteren Wand des Kreuzbeinkanals, Spaltbildung am 5. Lendenwirbel, Asymmetrie der Lendenwirbelsäule. Andererseits fanden sich derartige Unregelmäßigkeiten in der Kreuzbildung auch bei Personen, welche keine Enuriker waren. Dagegen konstatierte Verf. bei mehreren schweren Enurikern ein ganz normales Kreuzbein. Die unregelmäßige Gestaltung und Spaltbildung des Kreuzbeins sind daher kein entscheidendes objektives Symptom der Enuresis. Verf. fand weiter bei den Enurikern häufig Plattfüße, Anästhesie und Thermohypästhesie im Peroneusgebiete, ferner Degenerationszeichen am Skelett, besonders Schädelmißbildungen, Trabekelbildung in der Harnblase. Unter den Schädelmißbildungen gab es Mikrocephalie, Dolichocephalie, Turmschädel, Prognathie, Asymmetrien, bei manchen Fällen von Enuresis war jedoch die Schädelbildung normal. Unter den psychischen Symptomen der Enuresis fand Verf. Trübsinn, Stumpfsinn, Neigung zum Alkoholismus, 2 mal manische Anfälle. Oefters waren Erscheinungen von Rachitis vorhanden. Einen besonderen Typus von Enuresis bildeten vier Fälle mit pastösem Aussehen, blasser Haut, offenem Munde, vergrößerten Tonsillen und geschwollenen Lymphdrüsen. Eine weitere Sondergruppe bilden die Enuriker mit Schädeldeformitäten. Das Genitale war nur in einem Falle verkümmert, in welchem auch eunuchoides Aussehen vorhanden war. Unter 34 zystoskopisch untersuchten Fällen war etwa die Hälfte mit einer Trabekelblase kompliziert. Die spät erworbene Enuresis ist heilbar. Die Behandlung besteht in Hydrotherapie, blander Diät, Suggestivbehandlung mit oder ohne Hypnose.

Stabsarzt d. L. Dr. **G. Seefisch**, dirig. Arzt d. chir. Abt. des Lazaruskrankenhauses in Berlin, z. Zt. Chefarzt eines Feldlazaretts: **Zur Frage der offenen Wundbehandlung im Kriege.** (Beiträge zur klin. Chir., Bd. 100, H. 1 [15. kriegschir. Heft].)

Verf. wägt die Vorteile und Nachteile der offenen Wundbehandlung auf Grund seiner persönlichen Erfahrungen am Krankenbett gegeneinander ab. Seine Erfahrungen sammelte er in einem großen Lazarett mit großem Material an zum Teil sehr schwer Verwundeten. In dem Lazarett war schon vorher seit längerer Zeit die Methode konsequent durchgeführt und mit außerordentlicher Sorgfalt und Geschicklichkeit des leitenden Arztes immer vollkommener ausgebaut. Es verfügte infolgedessen auch über ein ausgezeichnetes und gut geschultes Pflegepersonal. Bei dem ersten Besuch der Station wurde Verf. zunächst für die Methode der offenen Behandlung durch den Augenschein entschieden günstig gestimmt, beschloß aber, sich, solange die Leitung in seinen Händen lag, durch ganz konsequente und zunächst wahllose Anwendung der Methode ein eigenes, objektives Urteil zu bilden. Trotz der günstigen äußeren Verhältnisse und trotz seiner von Anfang an günstig beeinflußten Stimmung hat Verf. sich indessen durch seine mehrwöchigen täglichen Erfahrungen als Leiter der Station nicht davon überzeugen können, daß die offene Wundbehandlung einen Fortschritt bedeutet oder eine Zukunft hat, und so kommt er denn zu folgendem Ergebnis: Die offene Wundbehandlung hat nicht einen einzigen so bedeutenden Vorteil gegenüber dem Okklusivverbande, daß man sie als einen grundlegenden Fortschritt in unserer Behandlungstechnik bezeichnen könnte. Die Vorteile der Methode sind vorwiegend rein äußerlicher Natur, liegen durchweg auf für die Wundheilung relativ nebensächlichen Gebieten. Nur für ganz bestimmte Arten von Wunden hat sie einen gewissen höheren Wert, nämlich für Wunden in der Nähe des Afters und der Blase. Sie hat dagegen ihre erheblichen Nachteile, deren am schwersten ins Gewicht fallender die stark verlangsamte Heilung der Wunden mit ihrer schädlichen Wirkung auf die spätere Funktion ist. Den Nachteilen gegenüber sind die Vorzüge, die sie bietet, nicht groß genug, um sie aufzuwiegen. Verf. glaubt also nicht, daß ihr die Zukunft gehört, sondern möchte ihr nur den Charakter als Notbehelf zugestehen. Die souveräne Methode der Wundbehandlung im Felde ist und bleibt nach Verfs. Ueberzeugung vorläufig noch der sachgemäß angelegte und sorgfältig mit Sachkunde überwachte und durchgeführte Kkklusivverband. Die Fixation, wie sie uns v. B e r g m a n n gelehrt hat, bleibt dabei unsere stärkste Waffe im Kampfe gegen die Wundinfektion.

Prof. Dr. **Arthur Schüller** (Wien): **Ueber die Röntgenuntersuchung von Kriegsverletzungen des Kopfes.** (Wiener med. Wochenschr., 1916, No. 19 u. 20.)

Verf. formuliert die praktische Bedeutung der Röntgenuntersuchung bei den Kriegsverletzungen des Hirnschädels folgendermaßen: Die Röntgenuntersuchung ermöglicht die wichtige Konstatierung, daß eine Verletzung der knöchernen Schädelkapsel erfolgt ist; sie gestattet meist auch, die Zahl, die Art und Ausdehnung der Knochenverletzungen in sinnfälliger Weile darzustellen. Die Röntgenuntersuchung ermöglicht ferner die Feststellung des Vorhandenseins und die Lokalisation von Fremdkörpern (insbesondere von Projektil- und Knochensplittern) inner- und außerhalb der Schädelkapsel. Das Ergebnis der Röntgenuntersuchung ist bedeutungsvoll für die Entscheidung der Frage eines operativen Eingriffes (Debridement, Gefäßunterbindung, Abszeßoperation), für die Begutachtung der Dienst- beziehungsweise Erwerbsfähigkeit des Verletzten und für die Aufklärung simulationsverdächtiger Angaben.

Oberarzt Dr. **Marian Maresch**, Chirurg des Feldspitals 2/14: **Zur Behandlung der Rückenmarkschüsse im Feldspitale.** (Wiener klin. Wochenschr., 1916, No. 23.)

Verf. hat unter seinen 25 Fällen von Rückenmarksverletzungen alle Formen der Markläsion, von der Kommotion bis zur Querschnittsläsion zu beobachten Gelegenheit gehabt. Bei ersterer ist eine Operation unnötig, bei letzterer nutzlos. Bei den anderen Formen, wie Kompression des Rückenmarks durch Splitter oder Hämatom, mit und ohne Verletzung der Dura, ist die Laminektomie unter günstigen äußeren Umständen indiziert. Die Lokalisation mittels der Segmentbestimmung läßt oft im Stiche, denn oft ist die eigentliche Verletzung des Rückenmarkes auch noch durch eine Kommotion kompliziert; nur so kann Verf. es sich erklären, daß bei einer schweren anatomischen Läsion des Markes einzelne Sensibilitäts- und Motilitätsstörungen in wenigen Tagen zurückgehen. Die Kommotion kann aber auch eine Querschnittsläsion vortäuschen, wie Verf. an vier seiner Fälle zu beobachten Gelegenheit hatte. Der eine Fall ist dadurch interessant, daß ohne jede sichtbare äußere Verletzung alle Symptome einer Querschnittsläsion vorhanden waren. Die Störungen von seiten der Blase und des Mastdarmes gingen schon nach wenigen Tagen zurück, während die Lähmungserscheinungen erst nach einer Woche schwanden. Beim zweiten Falle hatten sich die Symptome der Querschnittsläsion nach 6 Tagen zum Brown-Séquardschen Symptomenkomplex restringiert. Bei den beiden anderen Fällen war schon nach der Schußrichtung eine Verletzung des Wirbelkörpers vollkommen ausgeschlossen, die Lähmungserscheinungen gingen auch prompt zurück. So war die Behandlung der Rückenmarksverletzten größtenteils konservativ, mit dem Bestreben, den Pat. transportfähig zu machen, um ihn sobald als möglich der Operation zuzuführen. Sein Hauptaugenmerk richtete Verf. auf die Behandlung der Harnverhaltung. Die Verletzten wurden dreimal täglich katheterisiert, jedesmal wurde mit Borlösung nachgespült. Verf. sah bei dieser Behandlung niemals eine Zystitis entstehen, sie muß bei peinlichster Asepsis vermieden werden können. Bei mehreren

Patienten, die schon mit einer Zystitis kamen, gelang es, sie durch Behandlung mit Argentum nitricum zu heilen. Eine Blasenfistel zur Prophylaxe oder Behandlung der Zystitis anzulegen, ist sicher in den meisten Fällen überflüssig. Für direkt schädlich aber hält Verf. das Einführen eines Verweilkatheters. Der Dekubitus, der schon nach einigen Tagen entstehen muß, öffnet den Bakterien und damit der Urosepsis Tür und Tor. Außerdem ist der Verweilkatheter der Wegweiser für die Bakterien ins Blaseninnere. Sämtliche Rückenmarksverletzte, die mit Verweilkatheter eingeliefert wurden, hatten eine hochgradige Zystitis. Nur in einem einzigen Falle hat Verf. die Laminektomie ausgeführt.

Prof. **Goebel** (Breslau): **Zur Befestigung der Gelatineröhrchen Edingers am Nerven und zur Frage der Nervenumscheidung.** (Zentralbl. f. Chirurgie, 1916, No. 25.)

Die von Ludloff angegebene und durch Edinger empfohlene Befestigungsart der Gelatineröhrchen am Nerven leidet daran, daß beim Durchziehen des Nervenstumpfes durch den seitlich im Röhrchen angelegten Längsschnitt zuviel des kostbaren Inhalts verloren geht. Auch bedingt die Wiedervereinigung des bei der Methode angelegten Längsschnittes eine gewisse Einschnürung des Kanallumens. G. hat sich folgendes Verfahren bewährt, das ebenso wie das Edinger-Ludloffsche die Hauptforderung Edingers erfüllt, nämlich einen ganz frischen Querschnitt des Nerven in die Gelatine einzutauchen. Man vergewissert sich der Stelle, an welcher der Querschnitt des Nerven anzulegen ist. Die beste und sicherste Stelle ist dort, wo das Epineurium externum dem Nerven nicht mehr fest angewachsen, sondern leicht auf ihm zu verschieben ist. Nun werden etwas weiter vom Querschnitt ab drei Haltefäden, je um 1/3 des Nervenumfanges voneinander entfernt, durch das Epineurium extern. gelegt, einmal geknüpft und endlich vorläufig mit beiden Fadenenden in der Nadelöse an einer Arterienklemme festgelegt. Nachdem alle drei Fäden gelegt sind, wird der definitive Querschnitt des Nerven hergestellt und vorläufig so lange gewartet, bis die entstandene Blutung gestillt ist. Unterdessen kann das andere (zentrale oder periphere) Ende des Nerven in derselben Weise versorgt werden. Dann wird eine Nadel nach der anderen von innen nach außen durch die Wand des Edinger-Röhrchens durchgestoßen, und zwar etwas (½—1 cm) entfernt von der Oeffnung des Röhrchens. Sind die drei Nadeln durchgestochen und zieht man an allen Fäden gleichmäßig unter Fixierung des Röhrchens, so schlüpft das Nervenende in das Röhrchen hinein, ohne daß wesentlicher Inhalt entleert werden kann. Nach Befreiung der Nadel von einem Faden wird sie nochmals oberflächlich durch die Wand des Röhrchens gestochen und nun die Haltefäden geknüpft. Zur Nerveneinscheidung empfiehlt Verf. Schweinefett, das Spitzy zur Vermeidung des Wiederanwachsens von operativ gelösten Narben anwendet.

Priv.-Doz. Dr. **Rusca**, Chefarzt des Militärbeobachtungsspitals No. 1 in Jägerndorf: **Ueber Herzsteckschüsse an der Hand von zwei operierten Fällen.** (Wiener klin. Wochenschr., 1916, No. 23.)

Verf. hat mit Erfolg bei einem Falle ein 11,1 g schweres, 3 cm langes und 7,1 mm dickes, zylindroovales Infanteriegeschoß und bei einem anderen Fall eine 10,5 g schwere Schrapnellkugel von 12 mm Durchmesser aus dem rechten Ventrikel extrahiert. Verf. glaubt, daß eine prophylaktische Entfernung der Kugel bei den alten sogenannten chronischen Herzsteckschüssen mit geringen oder gar keinem Symptom nicht berechtigt ist. Bei Vorhandensein von Beschwerden zunehmenden Charakters oder bei sonst unbeeinflußbaren schweren Symptomen ist dagegen die operative Entfernung des Geschosses absolut indiziert. Sie ist der noch einzig bleibende Weg zur Heilung. Bei mittelstarken Symptomen ist zuerst Abwarten am Platze; bei günstiger Lokalisation des Projektils und bei gutem Kräftezustand des Patienten ist aber später eine aktive Therapie in Erwägung zu ziehen. Als Operationsmethode gibt Verf. bei Lokalisation der Kugel links vom Sternum dem Verfahren nach Kocher mit Thorakoplastik und bei Lokalisation der Kugel in der Projektion vom Sternum oder rechts davon der Schnittführung nach Rehn längs dem Rippenbogen mit Längsspaltung des Sternums den Vorzug. Die Narkose mit Ueberdruckverfahren ist bei der Operation nicht notwendig. Im Falle von Pneumothorax oder von ausgedehnter Pleuraablösung kann man aber damit eine Ueberlastung der rechten Lunge vermeiden. In Anbetracht der häufigen postoperativen Komplikationen ist durch Anwendung und Kombination der verschiedenen Narkotica bei der Narkose auf möglichste Schonung des Herzens und der Lungen acht zu geben. Verf. war mit der Pantopon-Skopolamin-Sauerstoff-Chloroform-Aethernarkose zufrieden. Schonung der Pleura soll zur Vermeidung späterer Komplikationen angestrebt werden. Von einer Drainage möchte Verf. bei den chronischen Herzsteckschüssen prinzipiell abraten.

Kr.

II. Verhandlungen ärztlicher Gesellschaften.

Kriegstagung der Ungar. Ophthalmologischen Gesellschaft in Budapest am 11. u. 12. Juni 1916*).

Augenverletzungen und Augenerkrankungen, nicht minder die funktionellen Störungen des Sehorgans haben in dem furchtbaren Weltkrieg, dessen Ende noch nicht abzusehen ist, eine große Bedeutung erlangt, so daß schon in einer großen Zahl von Abhandlungen von hervorragenden Augenärzten über ihre diesbezüglichen Erfahrungen und Beobachtungen berichtet wurde. Auch die Tagung der Ungarischen Ophthalmologischen Gesellschaft, die Pfingsten d. J. in Budapest stattfand, hatte eine wichtige, mit dem Krieg und dem Militärdienst in Beziehung stehende ophthalmologische Fragen auf die Tagesordnung gesetzt. An den Verhandlungen beteiligten sich nicht nur Ophthalmologen aus Oesterreich-Ungarn, auch einige hervorragende reichsdeutsche Fachgenossen ergriffen das Wort. Der erste Verhandlungsgegenstand war:

Das Trachom vom Standpunkt der Militärdiensttauglichkeit.

Privatdozent **K. v. Scholz** (Budapest) berichtete über die durch das Trachomgesetz (1886) als Aufgabe des Staates erklärte Bekämpfung des Trachoms in Ungarn. In Ungarn werden derzeit 40 000 Trachomkranke staatlich überwacht, die in drei getrennten größeren und mehreren kleineren Trachomgebieten seßhaft sind. Sämtliche Kosten der Trachombekämpfung werden vom Aerar bestritten. Die Behandlung ist unentgeltlich und wird entweder ambulatorisch vom zuständigen Amtsarzt, resp. den zu diesem Zweck delegierten Trachomärzten oder in schweren Fällen in Augenheilanstalten durchgeführt. Zu diesem Zweck sind einige staatliche Augenspitäler zu je 100 Betten errichtet und 7 größere allgemeine Krankenhäuser mit Abteilungen für Augenkranke versehen. Der intensiven Krankenhausbehandlung ist das sichtliche Abnehmen der früher so häufigen schweren, zu Erblindung führenden Fälle zu verdanken. Trotzdem bleibt noch viel in der Trachombekämpfung zu tun, da die kulturelle Zurückgebliebenheit der unteren Volksklassen und die sozialen Verhältnisse in manchen Trachomgegenden die Aufgabe der Ausrottung des Trachoms sehr erschweren.

Prof. **K. v. Hoor (Budapest)** sprach über die **Trachomprophylaxe** im k. u. k. IV. Korpsbereich in den Jahren 1887 bis 1894. Aus seinem Bericht ist hervorzuheben, daß die Militärverwaltung das Trachom nicht mehr als Dienstbefreiungsgrund ansieht, sondern sämtliche sonst kriegsdiensttaugliche Trachomkranke einstellt und sie sofort von Spezialärzten geleiteten Militärspitälern zuweist, wo sie bis zu ihrer vollständigen Heilung zurückbehalten werden. Erfolgt die Heilung mit Kriegsdiensttauglichkeit, so geht der Mann zu seinem Truppenteil, wenn kriegsdienstuntauglich geheilt, wird er entlassen, ist also nicht mehr musterungsfähig. Bei einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von etwas über 4 Monaten waren ca. 80 Proz. Heilungen mit Kriegsdiensttauglichkeit aufzuweisen. In den beiden Garnisonspitälern wurden die Trachomkranken in Züge und Kompagnien zusammengestellt und militärisch ausgebildet, so daß die geheilten Trachomkranken bei ihrem Einrücken ebenso weit in ihrer militärischen Ausbildung vorgeschritten waren, wie die übrigen Ausgehobenen.

Das Trachom in der k. u. k. Armee 1913—1916.

Prof. **E. v. Grosz** (Budapest): Während der langen Dauer des jetzigen Krieges zeigte sich die Bedeutung des Trachoms für die Wehrmacht. Das Kriegsministerium ordnete an, daß die trachomkranken, aber im übrigen tauglichen Wehrpflichtigen eingereiht werden, und sobald sie nach entsprechender Spitalsbehandlung nicht mehr infektiös resp. nicht mehr sezernierend sind, in Trachomabteilungen eingeteilt und nach entsprechender Ausbildung in Begleitung eines sachverständigen Arztes und mit der nötigen ärztlichen Ausrüstung ins Feld geschickt werden; nur die unheilbaren Trachomkranken werden ausgemustert. Durch diese Maßnahme gewinnt die Wehrmacht eine große Anzahl von Mannschaften, die sonst dienstuntauglich wären. Gleichzeitig ist dieses Vorgehen ein wichtiges Mittel im Kampf gegen das Trachom überhaupt und in der Bekämpfung dieser Krankheit in der Zivilbevölkerung.

In der anschließenden Erörterung berichtet Privatdozent **A. Löwenstein** (Prag) über die Erfahrungen, die er als Truppenarzt in Kroatien und später in den Karpathen bezüglich der Ansteckungsfähigkeit des Trachoms gemacht hat. Trotz der Durchseuchung der Landesbevölkerung mit Trachom und der engen Berührung des Militärs mit derselben waren Trachomfälle bei den Truppen sehr selten. L. nimmt darum an, daß viele klinisch schwere alte Trachomfälle keine besonders große Ansteckungsfähigkeit besitzen. Andererseits sah er mit den ersten Marschbataillonen Reservisten einrücken, die ein körnerreiches Trachom mitbrachten. Trotzdem diese mit ihren Kameraden in enger Gemeinschaft lebten, kamen in ihren Abteilungen keine Neuerkrankungen vor. Diese Kriegserfah-

*) Auszug aus dem Bericht der „Vereinigung der Deutschen medizinischen Fachpresse".

rungen haben L. veranlaßt, die Behandlung der Trachome, soweit er sie in der Feldsanitätsanstalt bei Gefechtspausen ausübte, nur bis zur Entfernung aller Körner und bis zum Stillstand der Sekretion durchzuführen. — Privatdozent **L. v. Liebermann** (Budapest) machte auf die große Wichtigkeit der mechanischen Behandlung, besonders beim Militär, aufmerksam. In vielen Fällen kommt man mit der mechanischen Behandlung: Expression und Glasstäbchenmassage allein eher zum Ziel, als mit der medikamentösen Behandlung allein; jedenfalls kürzt sie, nach dem Abklingen der stärksten Reizung, Schwellung und Sekretion angewendet, die Heilungsdauer ungemein ab. Besonders gut läßt sich die Glasstäbchenmassage mit der Kupferbehandlung kombinieren; hierzu sind Salben mit 1—2 proz. Cupr. citr. geeignet (z. B. die Terminolsalbe). — O.-A. **B. Waldmann** (Nagyvárad) teilt mit, daß die diensttauglichen Trachomatösen sich als genügend widerstandsfähig gegenüber den schädlichen Einwirkungen des Militärdienstes erwiesen haben, und daß sie bei den feldmäßigen Schießübungen eben so gute Resultate erzielten, wie normale Truppen. — Prof. **Bernheimer** (Wien) macht Mitteilungen zur Behandlung des Trachoms. Er pflegt nach Beseitigung der Sekretion die Trachomkörner mit einem Gräfemesser oberflächlich abzutragen. Spritzt man einige Tropfen 2 proz. Novokainlösung mit Adrenalin unter die Conjunctiva, so heben sich die Körner und geschwollenen Follikeln so gut von der blaß gewordenen Unterlage ab, daß man die Abrassio leicht vornehmen kann. Sie hat den Vorzug, weniger Reizung als die Ausquetschung zu verursachen. — Ob.-Stabsarzt Geh. San.-R. **Augstein** berichtet über die große Abnahme der Trachomfrequenz in den östlichen Provinzen von Preußen infolge der systematischen Trachombekämpfung und der allgemeinen Hebung des Wohlstandes, Verbesserung der Wohnungsverhältnisse usw. Was die Behandlung anlangt, so hat er die Ausschneidung der Uebergangsfalten, die er früher selbst empfohlen, seit mehreren Jahren völlig aufgegeben. Auch das Ausquetschen und Ausrollen ist mit größter Vorsicht anzuwenden. — Prof. **Vossius** (Gießen) weist zunächst auf die Bedeutung der hygienischen und sozialen Verhältnisse für die Ausbreitung des Trachoms hin. Im westlichen Deutschland hat das Trachom einen anderen Charakter als in Ostpreußen, wo V. früher unter Jacobson gegen Trachomepidemien in Schulen öfter die operative Therapie mit Ausschneidung der Uebergangsfalten ausgeübt hat. In Gießen kommt er mit der mechanischen Therapie mit nachfolgender medikamentöser Behandlung gut aus. — **Pascheff** (Sofia) berichtet über einen Fall von skerokornealem Trachom. — **M. Gstettner (Wien)** hält die Ansteckungsgefahr beim Trachom für lange nicht so groß, wie im allgemeinen gelehrt wird. Er empfiehlt die Behandlung mit Noviformpulver oder 10—20 proz. Noviformsalbe. Sie gibt auch bei Fällen von schwerem Pannus gute Resultate.

R. L.

III. Tagesgeschichte.

Standesangelegenheiten, Medizinal-Gesetzgebung, soziale Medizin etc.

Berlin. Als **ärztliche Berater des Kriegsernährungsamtes** sind berufen Geheimer Obermedizinalrat Prof. Dr. Abel, Direktor des Hygienischen Instituts der Universität Jena, früher Vortragender Rat in der Medizinalabteilung des preußischen Ministeriums des Innern, Medizinalrat Alter (Lindenhaus bei Lemgo) und der Vorsitzende des Aerztekammerausschusses Geheimer Sanitätsrat Dr. Stöter (Berlin).

— Die **Zahl der Studentinnen der Medizin** an den deutschen Universitäten beträgt gegenwärtig 1182 gegen 527 vor fünf Jahren.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Breslau. Wieder hat die medizinische Wissenschaft einen herben Verlust erlitten: Der anerkannte Führer der deutschen Dermatologen Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Albert Neisser ist nach kurzer Krankheit im Alter von 61 Jahren gestorben. Aus äußeren Gründen müssen wir uns leider eine eingehende Würdigung seiner Bedeutung versagen und uns mit der kurzen Zusammenstellung der Hauptdaten seines äußeren Lebens und seines wissenschaftlichen Wirkens begnügen. — Albert Neisser war 1855 in Schweidnitz als Sohn des Arztes Dr. Moritz Neisser geboren, der besonders als Uebersetzer medizinischer Werke des Auslandes schriftstellerisch hervorgetreten und als Geheimer Sanitätsrat und Kurarzt des Bades Charlottenbrunn 1896 gestorben ist. Auf dem Gymnasium, das A. Neisser in Breslau besuchte, war er ein Mitschüler des wenige Monate älteren, im vorigen Jahre verstorbenen Paul Ehrlich, mit dem er sein ganzes Leben in enger Freundschaft verbunden blieb. 1877 promoviert und approbiert, war er 1878 bis 1880 Assistent des Breslauer Dermatologen Prof. Oskar Simon, habilitierte sich darauf in Leipzig für Dermatologie, kehrte aber bereits 1882 als außerordentl. Professor nach Breslau zurück, um hier Nachfolger seines im frühen Mannesalter einem Magenkarzinom erlegenen Lehrers zu werden. Bereits 1894 zum Geheimen Medizinalrat ernannt, lehnte Neisser 1896 die Berufung nach Berlin ab, um seiner schlesischen Heimat treu zu bleiben. 1907 wurde Neissers Lehrstuhl, als erster dieses Faches an einer deutschen Universität, in ein Ordinariat umgewandelt. — Als wissenschaftlicher Forscher ist Neisser schon in jungen Jahren berühmt geworden, als es ihm 1879 gelang, den Erreger der Gonorrhoe zu entdecken. Weiter glückte es ihm, die kurz vorher von dem Norweger Armaner Hansen gemachte Entdeckung des Leprabacillus durch Ausarbeitung eines Färbeverfahrens auf sichere Füße zu stellen. Von seinen weiteren Arbeiten erwähnen wir die Einführung der Silbersalze, speziell des Protargol, in die Behandlung der Gonorrhoe, sowie seine groß angelegten Versuche zur Ueberimpfung der Syphilis auf Affen, die er in zwei teils auf eigene Kosten, teils mit Reichsmitteln unternommenen Reisen nach Java (1905 und 1907) erfolgreich durchführte. Daneben lief eine größere Zahl von Arbeiten aus dem Gebiete der Dermatologie im engeren Sinne, von denen wir nur die Aufsätze über Molluscum contagiosum und über die therapeutische Wirksamkeit des Tumenol namhaft machen. Zusammenfassende Darstellungen einzelner Teile seines Faches hat Neisser als Mitarbeiter von Ziemssens Handbuch und von Schwalbes Lehrbuch der praktischen Medizin gegeben. Um das wissenschaftliche Vereinslebens hat sich Neisser als Gründer und langjähriger Generalsekretär der Deutschen dermatologischen Gesellschaft, um die Allgemeinheit als Gründer und tatkräftiger Förderer der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten verdient gemacht. Einen weitgehenden Einfluß übte er endlich auf die Gestaltung des Lehrwesens seines Sonderfaches an Hochschulen aus, was sich äußerlich darin zeigt, daß viele seiner Schüler an ihnen als Dozenten und Inhaber von Professuren der Dermatologie wirken.

Königsberg. Dr. A. Pelz hat sich für Neurologie und Psychiatrie habilitiert.

Frankfurt a. M. Dr. W. Alwens und Dr. Haas haben sich für innere Medizin habilitiert.

Leipzig. Dr. M. Goldschmidt hat sich für Augenheilkunde habilitiert.

München. Dr. Dax hat sich für Chirurgie habilitiert.

Würzburg. Der außerordentliche Prof. der Pharmakologie Dr. med. et phil. Ferdinand Flury hat eine Berufung an das Kaiser-Wilhelm-Institut für physikalische Chemie in Berlin-Dahlem angenommen, an dem er bereits seit einigen Monaten kommissarisch tätig ist.

Tübingen. Der Privatdozent der Anatomie Prof. Dr. F. Müller hat einen an ihn ergangenen Ruf als Prosektor nach Würzburg abgelehnt, wo er das Lehramt des nach Königsberg i. Pr. übersiedelnden Prof. Dr. Sobotta übernehmen sollte.

— Dr. Eugen Weiss hat sich für innere Medizin habilitiert.

Krakau. Der Professor der Dermatologie Dr. W. Reiss ist gestorben.

Verschiedenes.

Berlin. Im Anschluß an die Tagung der Zentralstelle für Balneologie in Rostock soll im September d. J. eine kleine **Studienreise** nach mecklenburgischen und oldenburgischen Ostseebädern, sowie nach Lübeck-Travemünde und der holsteinischen Schweiz stattfinden. Die Reise soll am Sonnabend, den 2. September, in Warnemünde beginnen und am Donnerstag, den 7. September, in Plön endigen. Es sollen folgende Orte besucht werden: Warnemünde, Rostock, Arendsee, Brunshaupten, Heiligendamm, Travemünde, Niendorf, Timmendorfer Strand, Scharbeutz, Lübeck, Gremsmühlen und Plön. In Rostock sind die Teilnehmer zu der am Montag, den 4. September, stattfindenden Tagung der Zentralstelle für Balneologie eingeladen, deren Protektor, Seine Königliche Hoheit der Großherzog von Mecklenburg-Schwerin, sein Erscheinen in Aussicht gestellt hat. Verhandlungsgegenstände der Tagung sind: a) Balneotherapie und Kriegsbeschädigtenfürsorge, b) der Ersatz der Heilfaktoren der Kur- und Badeorte des feindlichen Auslandes durch solche der verbündeten Staaten. Ferner wird in Rostock am Dienstag, den 5. September, eine Sitzung des Deutschen Ausschusses für die gesundheitlichen Einrichtungen in den Kur- und Badeorten stattfinden, zu der die Teilnehmer der Studienreise ebenfalls eingeladen sind. Der Preis für die gesamte Reise einschließlich aller Eisenbahn- und Dampferfahrten, Nachtquartier und Verpflegung wird mit Rücksicht auf die herrschende Teuerung und die Verpflegungsschwierigkeiten etwa 100 M. betragen. Getränke und Trinkgelder sind nicht einbegriffen. Den Ehefrauen und Töchtern der Reiseteilnehmer ist die Beteiligung an dieser Reise gestattet. Anfragen und Anmeldungen sind an das Bureau des Deutschen Zentralkomitees, Berlin W. 9, Potsdamer Straße 134 b, baldigst zu richten.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: San.-Rat Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil S. Caspari, Berlin-Schöneberg.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30. Maaßenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW. 68, Alexandrinenstraße 110.

85. Jahrgang **Berlin, 19. August 1916** **No. 34**

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7 a — Fernsprecher Steinplatz 105 56

85. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W. 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Kasuistischer und kritischer Beitrag zur Lehre von den Kontur- oder Ringelschüssen.

Von
San.-Rat Dr. **Kukulus** (Groß-Schönebeck i. M.),
zurzeit ordinierender Arzt an einem Reservelazarett.

Während manche Kapitel der Kriegschirurgie in der zeitgenössischen Literatur den breitesten Raum einnehmen — ich erinnere nur an Wundbehandlung, Tetanus, Bauchschüsse etc. — sind andere strittige kriegschirurgische Fragen vollkommen in den Hintergrund gedrängt, welche, wenn sie auch nur mehr oder weniger theoretisches Interesse haben, doch immerhin eine Klärung beanspruchen, und es sollte auch nicht, solange noch die „traumatische Epidemie der Kugeln" herrscht, die dazu sich bietende Gelegenheit versäumt werden. In dieser Hinsicht habe ich die Lehre von den Kontur- oder Ringelschüssen im Sinne.

Es ist eine eigentümliche Erscheinung, daß in Jäger- und Laienkreisen man von der Existenz derartiger Schüsse überzeugt ist (siehe unter anderen Gerstäckers Reise-Beschreibungen), dagegen in der Aerztewelt, namentlich seit der Aera der Antiseptik, diese so gut wie leugnet und in das Reich der Fabel verweist (Hüter). Andere Chirurgen wiederum sprechen sich dahin aus, daß diese Schüsse in den modernen Kriegen, wenn sie überhaupt noch vorkommen, nur sehr selten sind.

Daher muß jeder Beitrag, welcher die Streitfrage ihrer Lösung näherbringt, als berechtigt gutgeheißen werden.

Das Charakteristicum der Konturschüsse besteht darin, daß das Projektil durch einen härteren Gegenstand von seiner gradlinigen Flugbahn abgelenkt, in dem lockeren Bindegewebe unter der Haut verlaufend einen Körperteil, insonderheit eine Körperhöhle (Kopf-, Brust-, Bauchhöhle) umkreist, ohne in die Tiefe oder in die Höhle einzudringen; die Ausschußöffnung liegt diametral oder fast diametral der Einschußöffnung gegenüber, ja in dem berühmten Fall von Hennen trat die Kugel in der Gegend des Kehlkopfes ein, umkreiste den Hals und trat aus der Einschußöffnung wieder aus, so daß also Ein- und Ausschuß zusammenfielen. Hüter will zwar bei den Konturschüssen des Halses einen nur scheinbar bogenförmigen Verlauf annehmen, welcher sich aus der Streckung des Halses im Augenblick der Verwundung leicht erklärt; ich meine aber, bei dem ebenerwähnten Fall dürfte diese Erklärung doch nicht ausreichen.

Im übrigen ist die Kasuistik über Ringelschüsse nur spärlich, und werden die Mitteilungen aus den Kriegen des vorigen Jahrhunderts immer seltener.

Ueber Konturierungen des Schädels berichteten zuerst Percy und Abernethy, ersterer im „Manual des Chirurgiens d'armee" 1830, letzterer im „Surgical observations", London 1815; sie sind daher als die Begründer der Lehre von den Konturschüssen des Schädels anzusehen. In Percys Fall hatte ein Mann eine Pistolenkugel sich neben dem rechten Ohr in den Kopf geschossen, welche am linken Ohr steckengeblieben war. Der Weg längs der Lambdanaht war durch kleine Bleistückchen markiert; in Abernethys Fall bestanden analoge Verhältnisse. Später hat Demme in dem österreichisch-italienischen Feldzuge von 1858 bei Solferino usw. mehrfach Verwundete gesehen, bei welchen die Kugel in der Temporalgegend einer Kopfseite eingedrungen, über den Schädel weggelaufen und in der Nucho-Occipitalgegend der anderen Kopfseite herausgetreten war.

Diesen Fällen schließt sich ein von mir im hiesigen Lazarett beobachteter Fall von Konturschuß an, der namentlich mit dem Percyschen die größte Aehnlichkeit hat.

Der Jäger H. L. war am 6. April 1915 verwundet und am 28. April in die Lazarettstation eingeliefert worden. Die Verwundung bestand in einem Kopfschuß, welcher fast verheilt war. Die Einschußöffnung befand sich neben dem Tuber ossis parietalis dextri, mit Schorf bedeckt; von dort konnte man eine etwa 3 cm lange, seichte, rinnenartige Vertiefung, nach oben allmählich auslaufend, an der Schädeloberfläche abtasten, wobei etwas Schmerz geäußert wurde. Fast diametral gegenüber, unterhalb des linken Seitenwandbeinhöckers, eine noch etwas absondernde Ausschußöffnung. Der Verwundete war äußerst rege, klagte weder über Kopfschmerz, noch Schwindel oder andere Nervenerscheinungen; auch gab er an, daß er selbst im Augenblick der erlittenen Verwundung auch nicht im geringsten über derartige Erscheinungen zu klagen gehabt habe. — Am 10. Mai 1915 wurde er als geheilt und felddienstfähig entlassen.

Man könnte nun einwenden, daß ein vollgültiger Beweis für das Vorhandensein eines Konturschusses nicht vorliege. Freilich anatomisch ist er nicht bewiesen; wenn der Schußkanal infiziert gewesen wäre, so hätte ich allerdings nicht gezögert, ihn in ganzer Länge zu spalten, worauf dann jeder Zweifel behoben gewesen wäre. Jedoch meine ich, es liegen zwingende Gründe vor, die Diagnose eines Ringelschusses zu stützen.

Es gibt nämlich nur zwei Möglichkeiten für den Weg, den das Projektil nehmen konnte. Die erste war die, daß die Kugel in der geraden Verbindungslinie beider Schußöffnungen weiterflog. Dann aber mußten lebenswichtige Gehirnteile, wie die hinteren Teile der Hemisphären, Seitenventrikel, selbst der Hirnstiel oder das Kleinhirn, verletzt werden, zumal da der Bau des Schädels — mehr Turmschädel — dies noch begünstigte.

Weil aber auch nicht die geringsten Hirnerscheinungen sich zeigten, so bleibt m. E. als zweite Möglichkeit nur die Annahme übrig, daß die Kugel an der Schädeloberfläche entlanggelaufen ist. Beim Durchtritt durch die Haut war die Geschwindigkeit des Geschosses noch so stark, daß sie, den Widerstand des harten Knochens etwas überwindend, in dem Knochen eine rinnenförmige Furche einzeichnete; dann aber erlahmte die Kraft der Geschwindigkeit und der Widerstand des Knochens erlangte das Uebergewicht. Wäre dies Verhältnis nicht eingetreten, so wäre das weitere Resultat wohl mindestens eine Aufpflügung des Schädeldaches gewesen; in der rinnenförmigen Vertiefung müssen wir quasi die abortive Anfangsform einer solchen Verletzung sehen.

Während Hüter noch von der Fabel der halbkreisförmigen Konturschüsse redet, welche auf ganz „unphysikalischen Prämissen“ beruht, gibt Neudörfer die beste physikalische Erklärung. Er sagt: „Die Größe der Ablenkung der Schußkanalrichtung ist dem Widerstande gerade und der Geschwindigkeit verkehrt proportional. Nehmen wir an, daß in der Zeiteinheit der Widerstand nur sehr wenig, aber stetig zu-, die Geschwindigkeit des Projektils aber nur sehr wenig, aber stetig abnimmt, so wird die Ablenkung des Schußkanals in derselben Zeiteinheit nur gering, aber stetig sein. Eine kleine, aber stetige Ablenkung von einer geradlinigen Bahn gibt eine gekrümmte oder kreisförmige Linie. Beim Eintritt des Projektils in das grobmaschige lockere Bindegewebe finden die obengeschilderten Bedingungen statt, weshalb das Projektil die Höhle umkreisen kann.“

Es wurde schon die auffallende Tatsache erwähnt, daß trotz der ungeheuren Zunahme der Verwundungen in den modernen Kriegen die Konturschüsse immer seltener geworden sind. Nur zwei Gründe kann es m. E. dafür geben. Der erste liegt in der Vervollkommnung der neuzeitlichen Feuerwaffen, insonderheit darin, daß das Spitzmantelgeschoß in seiner rasenden Geschwindigkeit und Durchschlagskraft jeden Widerstand, selbst der härtesten Körperteile, überwindet, dagegen wird die Schrapnellkugel, welche mehr dem alten runden Bleigeschoß ähnelt, eher die Bedingungen für das Zustandekommen eines Konturschusses in sich tragen. Der zweite Grund ist zu suchen in einer zu großen enthusiastischen Ueberschätzung der aseptischen Wundbehandlung, welche dazu verleitet, a priori einen Durchschuß anzunehmen und die Möglichkeit eines Konturschusses gar nicht weiter in Betracht zu ziehen, so daß ein solcher manchmal übersehen wird. Es kommt noch ferner hinzu, daß der anatomische Nachweis sehr schwer zu erbringen ist; so ist dies Klebs und Beck im deutsch-französischen Kriege 1870-71 nur einige Male gelungen. Aber wenn dies auch nicht gelingt, so meine ich, daß nach folgendem Grundsatz zu urteilen ist: Wenn bei einem Schuß der Brust und des Kopfes die Schußöffnungen sich diametral oder wenigstens fast diametral gegenüberliegen, weder Bluthusten sowie Erscheinungen der Lunge und der Pleura, noch Symptome seitens des Gehirns zu konstatieren sind, die Diagnose eines Konturschusses gerechtfertigt ist. Ich glaube, während die alten Wundärzte vielleicht zu leichtgläubig in der Diagnose waren, so daß Ballingal und Hennen sogar von äußeren und inneren Konturierungen sprachen, die modernen Chirurgen wiederum zu skeptisch verfahren. Auch hier wird zwischen den Extremen die Wahrheit in der Mitte liegen.

Ich habe im Interesse der im Felde stehenden Kollegen die Literatur eingehender berücksichtigt, und sollten diese, dadurch angeregt, ihre einschlägigen Beobachtungen mitteilen, so ist der Hauptzweck dieser Zeilen erreicht.

II. Referate.

Dr. **Felix Landois**, Privatdozent und Assistenzarzt d. chir. Klinik in Breslau, Oberarzt d. R.: **Die primäre Lungennaht im Felde, unter Anwendung des Ueberdruckverfahrens.** (Beiträge zur klin. Chir., Bd. 100, Heft 1 [15. kriegschir. Heft].)

Bei Lungenschüssen mit offenem Pneumothorax ist auch im Felde, zum mindesten im Stellungskriege, der Verschluß mit Naht sofort anzustreben. Der Verschluß des offenen Pneumothorax geschieht am besten in Ueberdrucknarkose durch Einnähen des vorliegenden Lungenlappens mit zirkulären Nähten in das Thoraxfenster. Dadurch wird der Lungenkollaps, bei eintretender Infektion der Pleurahöhle die Entstehung eines Totalempyems verhindert. Gleichzeitig vorhandene Lungenrisse werden mit feiner Seide geschlossen. Bei kombinierter Verletzung von Brust- und Pleurahöhle empfiehlt sich als beste Methode die transdiaphragmatische Laparotomie. Bei rechtsseitigen Leberkuppenzerreißungen ist sie die gegebene Methode. In den meisten Fällen von offenem Pneumothorax tritt im Kriege ein sekundäres Empyem ein. Dieses ist durch Rippenresektion an typischer Stelle breit zu eröffnen.

Dr. **Janssen** (Düsseldorf): **Die operative Behandlung des Kriegsamputationsstumpfes.** (Zentralbl. f. Chir., 1916, No. 22.)

Nur ein einwandfreier Stumpf gibt die Möglichkeit, eine gute Prothese zum Gehen und zur Berufsarbeit zu benutzen. Vom Stumpf ist zu verlangen, daß er keine Zirkulationsstörungen (Oedeme) zeigt, daß er fettarm ist, durch gute Muskulatur belebt ist und freie Gelenke hat. Zu erreichen ist dies durch Massage, elastische Wickelungen, Bewegungstherapie und Widerstandsbewegungen. Aber diese nicht operativen Maßnahmen haben nur Sinn, wenn der Stumpf sie ertragen kann, d. h. wenn er schmerzfrei ist, keine Rauhwucherungen des Knochens aufweist, reizlose Weichteile hat und eine einwandfreie, nicht strahlige, ulzerierte oder wulstige Narbe. Während in den ersten Monaten des Krieges die Zahl der Stümpfe, welche diesen Bedingungen nicht genügten, eine noch größere war, beträgt sie heute noch 35 Proz. In allen diesen Fällen mußte entsprechendes Verhalten des Stumpfes operativ herbeigeführt werden. Die erste, die Feldamputation, trifft daher keine Schuld; sie sollte, mit Ausnahme sofortiger Amputation bei schweren Zerschmetterungen, stets per secundam zur Heilung geführt werden, weil dadurch der Verletzte geringere Gefahr läuft und ein größerer Stumpf erhalten werden kann. Alle Stümpfe müssen in der Heimat revidiert und eventuell tragfähig gemacht werden. Beseitigung von Fisteln, besonders Sequestern, ist selbstverständlich; sie soll nicht hinausgeschoben werden, weil ihre Anwesenheit den Knochen zu Wucherungen veranlaßt, die später die Korrektur komplizieren. Bedeutungsvoll ist die Erkenntnis, daß die Ursache von Druckschmerz und Sensationen das mit der Haut-, Muskel- oder Knochennarbe verwachsene Neurom ist, welches bei Druck und Zerrung schmerzt. Scharfe Abtrennung des 5—6 cm vor die Wunde gezogenen Nervenstammes lagert das sich neu bildende Neurom in unverletzte Weichteile, mit denen es nicht verwächst, und beseitigt die Beschwerden andauernd. — Alle strahligen, verwachsenen, eingezogenen und gewulsteten Narben sind zu beseitigen: sie ertragen entweder nicht die direkte Belastung oder geben in ihren Falten durch Schmutzansammlung Veranlassung zum Entstehen von Ekzemen. Sie müssen ganz exzidiert werden, die Hautmanschette ist an der Fett-Fasciengrenze abzulösen und zu einem lockeren Hautlappen umzugestalten, der sich ohne Spannung über dem Knochenstumpf vereinigen läßt. Dies gelingt meist; ausnahmsweise sind Knochenscheiben nach Bunge abzutragen. Einer Ueberpolsterung mit Muskulatur bedarf es nicht. Der überall anzulegende Streckverband unterstützt die Mobilisierung der Hautmanschette und entlastet die Naht. — Notwendig ist es, ohne Blutleere zu operieren, um die Blutstillung peinlichst durchführen zu können. Hämatome können den operativen Erfolg zerstören. Sie bilden eine Gefahr ebenso wie Eiterungen, die aus „schlummernden Infektionen“ nach Sekundärheilung von neuem entstehen können. Drainage schützt in diesen Fällen vor Ueberraschungen.

Dr. **Otto Nast**, Assistenzarzt der Abteilung für Haut- und Geschlechtskranke am Allgemeinen Krankenhause St. Georg in Hamburg, zurzeit Schiffsarzt einer Torpedobootshalbflottille: **Die Behandlung der gonorrhoischen Gelenkerkrankungen.** (Dermatol. Wochenschr., 1916, No. 21.)

Verf. schildert die Behandlung der gonorrhoischen Gelenkerkrankungen im Allgemeinen Krankenhause St. Georg in Hamburg, da sie eine brauchbare Therapie ist, die es ermöglicht, unter allen Umständen und in allen Lagen gute Resultate zu erzielen. Alle Patienten werden in allen Stadien der gonorrhoischen Gelenkerkrankungen in heiße Vollbäder von 40 bis 42 Grad Celsius gelegt. Diese Temperaturen wurden von allen Patienten ohne Ausnahme gut ertragen. Die meisten hielten es bei 42 Grad noch recht lange aus. Diese Vollbäder von 40 bis 42 Grad Celsius, verbunden mit Massage, aktiven und passiven Bewegungen, erwiesen sich bei einem Material von 69 Patienten als einwandfreie Therapie. Atophan in Gaben von 3 g täglich hat beste schmerzstillende Wirkung gezeigt, Schlafmittel sind manchmal in der ersten Zeit nicht zu umgehen. Hauptbedingung für einen Erfolg der Therapie ist intensivste Inangriffnahme des Grundleidens.

Dr. **H. Walthard** (Bern): **Erfahrungen mit Atoxikokain.** (Korrespondenz-Bl. f. Schweizer Aerzte, 1916, No. 21.)

Brun empfiehlt im Korrespondenz-Blatt für Schweizer Aerzte, 1915, No. 40, das Atoxikokain als Ersatz für das zurzeit

schwer oder gar nicht erhältliche Novokain, speziell für die so bequemen Novokain-Suprareninttabletten Hoechst. Das Atoxikokain wird in der chemischen Fabrik Zofingen, vormals Siegfried, hergestellt und soll mit dem Novokain chemisch identisch sein. Brun rühmt das neue Präparat wegen seiner guten anästhetischen Eigenschaften und betont, daß er keine unangenehmen Nebenwirkungen, weder allgemeiner, noch lokaler Natur, beobachtet habe. Verf. vorliegender Arbeit hatte nun ebenfalls Gelegenheit, das Atoxikokain zu benutzen, und zwar bei ungefähr 120 in Lokalanästhesie ausgeführten Operationen (vorwiegend Strumektomien, Radikaloperationen von Hernien, Meniscusoperationen). Er verwendete ausschließlich halbprozentige Lösungen, denen nicht Adrenalin Clin oder Parke, Davis & Co., sondern das synthetische Suprarenin Hoechst zugesetzt wurde und zwar 25 Tropfen auf 100 ccm Lösung. Alle diese Nebennierenpräparate wirken im gleichen Sinne und sind chemisch wohl identisch. Verf. brauchte bei den einzelnen Operationen, z. B. bei einfachen Hernien 30—50 ccm, bei beiderseitigen 60—100 ccm Lösung. Bei beiderseitigen Strumen brauchte Verf. 80—110 ccm von der halbprozentigen Lösung. Die Anästhesie wurde nach Braun erzeugt; zuerst Infiltration in der Gegend der Querfortsätze und darauf subkutane Umspritzung des Operationsfeldes. Eine Stunde vor Beginn der Operation gab Verf. anfangs Pantopon 0,02 subkutan. Die Anästhesie war fast ausnahmslos eine ganz vorzügliche. Aber nur, wenn mit der Operation nach Beendigung der Einspritzungen mindestens 15—20 Minuten gewartet und wenn die Injektionsflüssigkeit nicht länger als 5 Minuten gekocht wurde. Die Anämie des Operationsgebietes war im allgemeinen gut, aber nur, wenn mindestens 20 Minuten zwischen Einspritzung und Operationsbeginn verflossen waren. Von der völligen Gefahrlosigkeit und dem Fehlen aller unangenehmen Nebenwirkungen des Atoxikokains konnte Verf. sich jedoch nicht überzeugen. Etwa die Hälfte der 30 von ihm wegen Struma und ferner zwei wegen Leistenhernie operierte Patienten klagten schon während oder bald nach Beendigung der Einspritzung über Uebelkeit, Brechreiz, Magenweh, Schwindel, äußerst unangenehmen, beängstigenden Druck und Schmerz in der Herzgegend sowie im Epigastrium, ferner über Herzklopfen. Glücklicherweise verschwanden die geschilderten Erscheinungen gewöhnlich nach 10—30 Minuten.

San.-Rat Dr. **Wolffberg** (Breslau): **Lenirenin in der medizinischen Praxis.** (Klinisch-therapeutische Wochenschr., 1916, No. 19/20.)

Lenirenin wird hergestellt von Dr. Rudolf Reiss, Rheumasan- und Lenicetfabrik, Charlottenburg und Wien VI/2. Dem Lenirenin kommt an Staubfeinheit kaum ein anderes medikamentöses Pulver gleich; dabei ist es außerordentlich leicht und zeigt gegenüber Lösungen eine besonders lang vorhaltende Wirkung; es besteht aus Lenicet, Tonerdehydrat „Reiss" (rec. par.) ana, 2 Proz. Kokain und 0,004 Proz. kristallisierter Nebennierensubstanz. Die Anwendung des Lenirenins ist erprobt: bei Augenleiden, Hals-, Nasen- und Ohrenleiden, in der Zahnheilkunde, bei Brandwunden, Colitis ulcerosa, Hämorrhoidalleiden. Was das Präparat besonders in der Augenheilkunde geeignet macht, ist nicht allein seine anämisierende, adstringierende und desinfizierende Eigenschaft, sondern auch die hervorragende Staubfeinheit. Dabei übertrifft es alle sonst in Pulverform gebräuchlichen Augenheilmittel an Reizlosigkeit. Der Arzt stäubt das Lenirenin am einfachsten mit einem der üblichen Pulverbläser ins Auge. Angezeigt ist das Lenirenin a) bei allen sezernierenden Bindehaut-Katarrhen, b) bei allen phlyktänulären Prozessen an Stelle des durchaus nicht indifferenten Kalomels, c) als Ersatzmittel für Jodoform bei geschwürig zerfallenden Phlyktänen beim Ulcus corneae catarrhale, d) bei allen mit Nasenleiden zusammenhängenden Augenleiden, vor allem bei Heuschnupfen und bei Epiphora idiopathica. Bei Hals-, Nasen- und Ohrenleiden liegen sehr günstige Resultate mittels Trockeninsufflation in die oberen Luftwege vor bei akuten und chronischen Katarrhen, ebenso bei Heuschnupfen usw. Die Anwendungsweise ist folgende: Man läßt alle 3—4 Stunden eine Einstäubung einer starken Messerspitze voll mittels Pulverbläsers vornehmen. Für den Zahnarzt ist Lenirenin von großer Bedeutung infolge seiner hervorragenden hämostatischen Wirkung; bei der Behandlung von Hämophilen ist das Präparat daher in allererster Linie erfolgreich zu verwenden, sodann auch bei Dolor post extractionem, infizierten Wunden und bei Tamponaden. Bei Brandwunden das Lenirenin anzuwenden, wird in dem „Kriegsärztlichen Taschenbuche" von Jankau (1915) empfohlen. Bei Colitis ulcerosa hat Prof. Albu neben der inneren Therapie auch eine örtliche mit geeigneten pulverförmigen Medikamenten angegeben und hierfür neben „Bolusal mit Tierkohle" (Reiss) auch ½ proz. Lenicet-Silberpuder oder Lenirenin empfohlen. Lenirenin-Suppositorien haben sich bei Hämorrhoidal-Blutungen, Hämorrhoiden, Proktitis, Analfissuren sehr gut bewährt.

Kr.

Dr. med. **Hans Oppenheim**, Frauenarzt u. Chirurg in Berlin-Steglitz: **Zur Frage der Adsorptionstherapie chirurgisch-gynäkologischer Erkrankungen.** (Berl. klin. Wochenschr., 1916, No. 22.)

Das Prinzip der Adsorptionstherapie besteht darin, daß eine Adsorption, d. i. Bindung des betreffenden Virus an das eingebrachte Mittel, ein hydrophiles Pulver, und damit Unschädlichmachung und Ausscheidung aus dem Säftestrom angestrebt wird. Physikalisch betrachtet, setzt sich diese adsorptive Wirkung aus zwei Komponenten zusammen: Erstens erfolgt eine Anziehung oder Ansaugung des infektiösen Sekretes, die eine Austrocknung und damit Umwandlung des kranken Gewebes in einen für Bakterien ungeeigneten Nährboden zur Folge hat; zweitens findet — teils durch eben diese Austrocknung des Substrates, teils durch die keimtötende Wirkung beigemengter antiseptischer Stoffe — eine Verminderung oder gar Vernichtung der Entzündungserreger statt. Der Erfolg wird also ein doppelter sein: Aufhören der Sekretion, Eiterung oder Jauchung einerseits; Stillstand, Rückgang oder Abklingen der Entzündung andererseits. So erfüllt die Adsorptionstherapie ausgezeichnet die Anforderungen einer sachgemäßen Behandlung bakterieller Sekretionen. Auf Grund obiger Ueberlegungen hat Verf. in geeigneten Fällen seiner fachärztlichen Praxis seit längerer Zeit verschiedene ihm von der Firma Dr. Rudolf Reiss, Charlottenburg, zur Verfügung gestellte Boluspräparate versuchsweise angewandt, und zwar mit auffallend gutem Erfolge. Zunächst kann Verf. die Verwendung von Lenicetbolus zur Vaginalpuderung bei Fluor albus aufs wärmste empfehlen. Das mit der Bolus gebundene Lenicet (polymerisierte essigsaure Tonerde) wirkt — abgesehen von der stark hydrophilen Fähigkeit der Bolus — kräftig adstringierend und antiseptisch, so daß die drei Wirkungen der Adsorbierung, Entzündungswidrigkeit und Keimabtötung erfolgreich konkurrieren. Gleichzeitig hat man mit der 20 proz. Lenicetbolus Stoffe verbunden (Silber, Peroxyd, Jod usw.), durch die die eben genannten drei Erfordernisse in besonders intensiver Weise zusammenwirken. Lenicetbolus mit Silber (1—2 proz. Aluminium-Silberazetat) steigert die adstringierende und antiphlogistische Wirkung beträchtlich und empfiehlt sich daher namentlich bei hartnäckigen Kolpitiden mit Erosionen der Cervix und Portio. Lenicetbolus mit Peroxyd (0,75 Proz.) hat Verf. bei übelriechendem Ausfluß infolge von Pessardekubitus, Kolimischinfektionen u. a. gute Dienste geleistet; in letzterem Falle, wie auch zur Behandlung des Ausflusses bei inoperablen, jauchigen Karzinomen hatte ferner Lenicetbolus mit Jod (½ proz.) oder das ebenfalls mit sterilisierter Bolus hergestellte Peru-Lenicetpulver ausgezeichnete Wirkung. Die ausgezeichnete Adsorptionsfähigkeit der Bolus, die sich bei entzündlichen Sekretionen des weiblichen Sexualtraktus so gut bewährt hatte, brachte Verf. darauf, geeignete Boluspräparate auch bei stark sezernierenden Wunden und Fisteln aller Art zu versuchen. Er benutzte hierbei das Reisssche Bolusal, eine Kombination frisch gefällten Tonerdehydrates mit sterilisierter Bolus, und zwar so, daß er mittels eines Pulversprays mit feinster Kapillarzerstäubung das Präparat in alle Buchten und Tiefen des Wundbettes nach gründlichem Abtupfen des alten Sekretes dicht aufpuderte. Darüber kommt eine dichte Lage sterilen Mulles und reichlich Zellstoffwatte. Das reine Bolusal hat sich als Exsiccans und mildes Desinfiziens bei oberflächlichen Wunden mit sehr seröser Sekretion, sowie bei nässenden Ekzemen vortrefflich bewährt.

Kr.

III. Verhandlungen ärztlicher Gesellschaften.

Kriegstagung der Ungar. Ophthalmologischen Gesellschaft in Budapest am 11. u. 12. Juni 1916.

Der zweite Verhandlungsgegenstand lautete:

Sehschärfe und Refraktionsfehler in bezug auf Diensttauglichkeit.

Stabsarzt Prof. **Wätzold** (Berlin) sprach über das Thema: **Hat der Krieg bisher unsere Friedensanschauungen hinsichtlich des Einflusses von Refraktionsfehlern auf die Diensttauglichkeit geändert?** Vortr. geht besonders auf die durch den Krieg bedingten Veränderungen ein. Die Tauglichkeitsgrenze bei Refraktionfehlern, die z. B. bei Kurzsichtigen im deutschen Heer bisher bei 6,5 D lag, wurde erweitert. Die getroffenen Maßnahmen haben sich durchaus bewährt. Dem dadurch bedingten Bedarf an Korrektionsgläsern wurde durch Einführung einer Einheitsschießbrille Genüge geleistet. — Prof. **Wessely** (Würzburg) sprach über **Störungen der Adaptation.** Die vielen Fälle von „Kriegshemeralopie", die zur Beobachtung kamen, machen es notwendig, Klarheit in dieses noch dunkle Krankheitsbild zu bringen. Zu diesem Zweck muß vor allem die Untersuchung der Adaptation einheitlich gehandhabt werden. Ein geeignetes Untersuchungsverfahren muß durch gute quantitative Abstufung der Helligkeit des Sehobjekts eine fortlaufende Messung des Adaptationsverlaufs gestatten und die gleichzeitige Beobachtung durch eine zweite, unter den-

selben äußeren Bedingungen stehende Person von bekannter normaler Adaption ermöglichen. Verf. hat ein einfaches Adaptometer für 2 Personen konstruiert, welches diesen Anforderungen genügt und auch im Feld verwendbar ist. Verf. prüfte zunächst die Frage, ob man überhaupt von einer normalen Durchschnittsadaptation sprechen kann. Die Untersuchung von 120 Mann eines Ersatztruppenteils (unter Ausschluß von Brillenträgern) ergab, daß etwas mehr als 80 Proz. normale Adaptation hatten, ungefähr 15 Proz. eine Adaptation von ½ und 3 Proz. eine noch stärkere Herabsetzung. Bei Refraktionsanomalien höheren Grades liegt die Sache ungünstiger. Hier haben nahezu 20 Proz. eine Herabsetzung zwischen $^1/_3$ und $^1/_6$, wobei die Myopie die Hauptrolle spielt. Es handelt sich in allen diesen Fällen nicht um echte Hemeralopien, sondern um bloße Schwellenwertserhöhungen. Nach W. ist neben der Verwertung des Verlaufs der Adaptationskurve für Weiß in der Heranziehung geeigneter blauer und roter Reizlichter ein wertvolles differentialdiagnostisches Hilfsmittel gegeben, um die bloßen Schwellenwertserhöhungen von echten Hemeralopien zu unterscheiden. Im Krieg handelt es sich bei der sogenannten Hemeralopie meist um einfache Schwellenwertserhöhungen, die oft verhältnismäßig unbedeutend sind. In manchen Fällen wurde sogar ein ganz normaler Adaptationsverlauf festgestellt, wobei es sich nicht immer um beabsichtigte Uebertreibung, sondern oft um ausgesprochen neurasthenische Selbsttäuschung handelte. Die Bezeichnung „Hemeralopie" sollte nur für die auch in der Friedenspraxis beobachteten idiopathischen Formen mit und ohne ophthalmoskopische Veränderungen gebraucht werden. — **Henker** (Jena) berichtete über die **richtige Wahl vergrößernder Korrektionsmittel bei verschiedenartiger Herabsetzung des Sehvermögens**. Er bespricht die Hebung des Sehvermögens durch vergrößernde Systeme, wie sie von der Firma Zeiss hergestellt werden. Durch solche Instrumente können selbst Schwachsichtige mit 0,03—0,04 Sehschärfe noch verhältnismäßig gutes Sehvermögen erreichen. — Prof. **K. Majewski** (Krakau) sprach über **Entlarvung der Simulation**. Er empfiehlt auf Grund seiner Erfahrungen die Wicksche Entlarvungsmethode der simulierten Schwachsichtigkeit. Der Methode liegt ein psychologisches Prinzip und eine mathematische Wahrscheinlichkeitsbetrachtung zugrunde. Wick hat die Beobachtung gemacht, daß eine mit wirklicher Schwachsichtigkeit behaftete Person, wenn man sie Snellensche Hakenfiguren, die sie nicht mehr deutlich sieht, erraten läßt, etwa 10 mal auf 30 Fragen die Lage der Haken richtig angibt. Ein Simulant dagegen, welcher alle Zeichen deutlich erkennt, wird es für seine Pflicht halten, die Richtung der Haken immer falsch anzugeben, um seine angebliche Schwachsichtigkeit zu beweisen. Wenn also der Untersuchte bei 20—30 Fragen jedesmal die Richtung der Haken falsch angibt, so kann man sicher sein, daß der Mann simuliert. Vortragender hat die Methode mit der Spiegelmethode kombiniert und dabei gute Ergebnisse erzielt.

In der Besprechung äußert sich zunächst Oberstabsarzt **M. Richter** (Wien) über die in der österreich.-ungarischen Armee für die Dauer des Krieges eingeführten Bestimmungen hinsichtlich der Sehschärfe. Die Sehschärfe, die für den Waffendienst bisher $^6/_{12}$ auf beiden Augen oder $^6/_6$ auf dem einen und $^6/_{24}$ auf dem anderen betragen mußte, wurde mit mindestens $^6/_{12}$ auf dem einen und $^6/_{36}$ auf dem schlechteren Auge als ausreichend angenommen. — Stabsarzt Privatdozent **Lauber** (Wien) weist auf solche Kurzsichtigen höheren Grades hin, die nie eine Brille getragen haben (z. B. Analphabeten) und nun eine Brille von —8 bis —10 D erhalten. Solche Leute gewöhnen sich oft nur sehr langsam oder gar nicht an das Glas und sollten nicht der Infanterie zugeteilt werden. Ebenso verhält es sich mit vielen Anisometropen, die wohl nach den Dienstvorschriften tauglich sind, jedoch ihr Glas nicht vertragen können. Höhergradige Astigmatiker sind auch oft beim Schießen behindert. Alle 3 Gruppen sollten nach L. vom Infanteriedienst ausgeschlossen werden. — Privatdozent **L. v. Liebermann** (Budapest) findet, daß die bisher gültigen Bestimmungen hinsichtlich der Diensttauglichkeit bei Refraktionsanomalien der wissenschaftlichen und praktischen Begründung entbehren. Man muß davon ausgehen, bei welcher höchsten Dioptrienzahl die Vollkorrektion ständig gut vertragen wird. Bei den alten bikonkaven Gläsern galt 8 D als Grenze. Auch nur annähernd punktuelle, gewöhnliche Meniskengläser bis zu 12 D werden fast allgemein gut vertragen, so daß mindestens 10 D als Grenze für die Felddiensttauglichkeit bei Myopie zugelassen werden sollte. Für den Hilfsdienst könnte —15 D als Höchstgrad gelten. — Oberstabsarzt Prof. **Schmeichler** (Brünn) bespricht die Entlarvung einseitiger Simulation von Sehschwäche. Er schildert sein Vorgehen, wobei es sich um die Ausschaltung des brauchbaren Auges vom Sehakt durch ein Konvexglas von 20 D handelt. — Oberstabsarzt **Angstein** (Bromberg) äußert sich zur Frage der Nachtblindheit. Er verfügt über Befunde von 173 Fällen. Die Disposition zur Nachtblindheit schafft ein „Fundus hemeralopicus", von welchem A. 3 Gruppen unterscheidet: 1. den weißgrauen Fundus, 2. feinere und stärkere Pigmentherde in der Peripherie, 3. Depigmentation in der Peripherie. Das Wesen der Krankheit beruht auf einer Ernährungsstörung des Pigmentepithels, durch die eine mangelnde Regeneration des Sehpurpurs herbeigeführt wird. Zur Untersuchung auf Hemeralopie genügt für praktische Zwecke die Leuchtuhr, wenn sie auch keine wissenschaftlich brauchbaren Resultate ergibt. Von einer Behandlung kann allein bei Blendungshemeralopie die Rede sein. Hier wirkt prompt ein Aufenthalt von 3 Tagen Dauer in völliger Dunkelheit. — **Crzellitzer** (Berlin, derzeit in Warschau) empfiehlt zur Messung der Reizschwelle bei Hemeralopie als Einheit die „Mikrolux" = 1 Millionstel Normalkerze. Zur Diagnose genügt der nach 30 Minuten Dunkeladaptation vorhandene Schwellenwert. Er beträgt bei Normalen 15—20 Mikrolux. Wer mehr als 80—100 nötig hat, ist tatsächlich nachtblind und für den Nachtdienst an der Front unbrauchbar. — **Irene Markbreiter** (Budapest) beschreibt eine von ihr benutzte Methode zur Entlarvung einseitiger Blindheit resp. einseitiger Schwachsichtigkeit, welche ebenfalls von farbigen Gläsern (rot und grün) Gebrauch macht. — **M. Gelenczév** (Budapest) hat bei Kriegshemeralopie in mehreren Fällen Besserung oder Heilung dadurch erzielt, daß er die gemischte Diät mit Calcium lacticum (0,5 g in Oblaten 3—6 mal tägl.) kombinierte. — Stabsarzt Prof. v. **Pflugk** (Dresden) macht einige Bemerkungen zur Verwendung der Zeissschen Fernrohrlupe bei Schwachsichtigen. — Prof. **Elschnig** (Prag) weist darauf hin, daß ein echter Hemeralop oft ein ganzes Bataillon psychisch infiziert; teils handelt es sich um Neurastheniker, teils um Simulanten. Durch wiederholte Untersuchung der Adaptation zu verschiedenen Zeiten und dabei sich ergebender Widersprüche kann man die Simulanten nachweisen. — Stabsarzt **Mühsam** (Berlin) berichtet über die Organisation der Brillenversorgung im deutschen Heer. Brillenvorratskästen, auf die größeren Sanitätsformationen verteilt, ermöglichen es, den Brillenbedürftigen schon an der Front die nötigen Gläser zu verabfolgen, soweit es sich um einfache, sphärische oder zylindrische, handelt. Kombinierte Gläser werden in kürzester Zeit von dem Hauptsanitätsdepot in Berlin geliefert. Es werden grundsätzlich nur Meniskengläser verwendet. R. L.

IV. Tagesgeschichte.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Das **Eiserne Kreuz I. Klasse** haben neuerdings folgende Aerzte erhalten: Stabsarzt Dr. Aumann (Koblenz), Assistenzarzt Dr. Felix Cohn (Hamburg), Generalarzt Prof. Dr. v. Hofmeister (Stuttgart), Generaloberarzt Dr. Merkel, Stabsarzt Dr. Trappe (Breslau), Oberstabsarzt Dr. v. Zander.

Königsberg i. Pr. Der Privatdozent der Chirurgie und Oberarzt an der chirurgischen Universitätsklinik Prof. Dr. Martin Kirschner ist als Nachfolger des verstorbenen Geh. Medizinalrats Prof. Dr. P. L. Friedrich zum ordentlichen Professor der Chirurgie und Direktor der zugehörigen Klinik ernannt worden. Prof. Dr. Kirschner, der im 38. Lebensjahre steht, ist ein Sohn des vor mehreren Jahren verstorbenen langjährigen Oberbürgermeisters von Berlin.

Hamburg. Prof. Dr. E. F. M. Paschen ist als Nachfolger des in den Ruhestand getretenen Prof. Dr. L. Voigt zum Oberimpfarzt ernannt worden.

Würzburg. Prosektor Prof. Dr. Lubosch, der zurzeit als Stabsarzt im Felde steht, wurde zum etatsmäßigen außerordentlichen Professor mit dem Lehrauftrag für topographische Anatomie ernannt.

München. Den Privatdozenten Dr. A. Luxenburger (Chirurgie), Dr. Franz A. Weber (Gynäkologie und Geburtshilfe), Dr. Hugo Kaemmerer (innere Medizin), Dr. Max O. Otten (innere Medizin), Dr. Werner Hueck (pathologische Anatomie) und Dr. Alwin Ach (Chirurgie) ist für die Dauer ihrer Wirksamkeit im bayerischen Hochschuldienst Titel und Rang außerordentlicher Professoren verliehen worden.

Straßburg i. Els. Dr. R. Hess hat sich für Kinderheilkunde habilitiert.

Wien. Dr. Paul Biach hat sich für Neurologie habilitiert.

Budapest. Dr. Zoltán v. Bókay hat sich für pädiatrische Semiotik und Diagnostik, Dr. Hugo Unterberg für Urologie, Dr. Paul Liebermann für Physiologie habilitiert.

Basel. Der außerordentliche Professor der Chirurgie und Bakteriologie Dr. K. Hägler-Passavant ist gestorben.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: San.-Rat Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil S. Caspari, Berlin-Schöneberg.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW. 68, Alexandrinenstraße 110.

85. Jahrgang **Berlin, 26. August 1916** **No. 35**

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Steinplatz 105 56

85. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W. 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Referate.

Dr. **A. Ulrich**, Direktor der Schweizer Anstalt für Epileptische in Zürich: **Ueber psychische Wirkungen des Broms und die wirksame Behandlung melancholischer Zustände mit Sedobrol.** (Korrespondenz-Bl. f. Schweizer Aerzte, 1916, No. 21.)

Die mitgeteilten Krankengeschichten zeigen, daß es durch eine kontinuierliche Brombehandlung, falls dieselbe bis zur Erzeugung eines Bromrausches fortgesetzt wird, gelingt, beim Melancholiker innerhalb verhältnismäßig kurzer Zeit einen Umschlag der depressiven Stimmung in eine euphorische hervorzurufen, die nachher der Norm Platz macht. Zur wirksamen Beeinflussung von melancholischen Verstimmungen sind kleine oder intermittierende Bromdosen nutzlos. Nach Verfassers Untersuchungen kann bei Melancholie eine Stimmungsänderung nur durch absichtliche Erzeugung des Bromrausches erzielt werden. Unter Bromrausch versteht Verf. dasjenige Stadium der cerebralen Bromintoxikation, welches sich kennzeichnet durch Unsicherheit im Gehen und Stehen, charakteristische Sprach-, Schrift- und Gedächtnisstörungen. Der Bromrausch kann in der Mehrzahl der Fälle solange beibehalten bezw. gesteigert werden, bis eine deutliche Stimmungsänderung eintritt, eine Euphorie mit eigenartiger Ideenflucht. Bei älteren Patienten und langer Dauer der Melancholie tritt die bleibende Euphorie nicht immer auf dem Höhepunkt des Bromrausches in die Erscheinung, sondern erst nachträglich, dann hat ein allmähliches Abbrechen der Brommedikation mit Erreichung des letzteren einzusetzen. Ebenso da, wo infolge einer besonderen psychischen Disposition sich deliriöse Zustände, Gesichts- und Gehörshalluzinationen oder Verfolgungsideen ausbilden. Erfolgt nach Ueberstehung eines einmaligen Bromrausches der Stimmungsumschlag nicht dauernd, so ist die Kur in mehreren Phasen durchzuführen. Es können nacheinander mehrere Bromräusche erzeugt werden, ohne daß dazwischen die Medikation unterbrochen wird. Bei diesem Vorgehen läßt sich oft noch ein überraschend gutes Resultat erzielen. Bei dekrepiden, arteriosklerotischen Patienten oder solchen, die aus vorher nicht erkannten Gründen im Verlaufe der Bromisierung Anzeichen von Marasmus aufweisen, ist die Durchführung der Bromkur kontraindiziert. Der Bromrausch wird durch die Kombination von Kochsalzwegnahme mit Bromzulage erzeugt. Das Kochsalz entzieht man am besten der Suppe und ersetzt es durch Sedobrol. Bei kürzeren und intensiveren Kuren kann es temporär (bis zum Bromrausch) auch aus den Gemüsen und dem Brot eliminiert werden (schmackhaftes salzarmes Brot kann in der Küche hergestellt werden aus einem Kilo Mehl, einem Liter Milch und 50 g Hefe). Die Zeitdauer der Bromisierung ist individuell zu normieren: körperlich rüstige Personen werden eine kürzere und intensivere Kur vertragen, während bei älteren und weniger kräftigen Leuten ein langsames Vorgehen zu empfehlen ist. Bei der ersten Gruppe kann sofort mit 4—5 g Bromnatrium (4—5 Sedobroltabletten) eingesetzt und die Dosis vorübergehend auch auf 6 g erhöht werden. Bei der anderen Klasse hat man mit 2 evtl. 3 g Bromnatrium (2—3 Sedobroltabletten) zu beginnen und langsam zu steigen. Ist der Bromrausch ausgebildet, so wird langsam mit der Brommedikation zurückgegangen und pro Tag 3—5 g mehr Kochsalz der Nahrung zugesetzt. In keinem Fall darf die Brommedikation plötzlich und dauernd ausgesetzt werden. Beim Abbrechen der Bromdosis läßt man sich zweckmäßigerweise von der Stimmung und dem Schlaf des Patienten leiten. Ist die Stimmung wieder depressiv ermüdet und tritt z. B. unmotiviertes Weinen auf, was als Bromabstinenzerscheinung zu deuten ist, oder ist der Schlaf ungenügend, so wird vorübergehend die Bromdosis erhöht werden müssen.

G. Klemperer: Providoform bei Diphtheriebazillenträgern. (Die Therapie der Gegenwart, Januar 1916.)

Das Providoform (Tribrom-β-naphthol) wirkt nach Bechhold noch in einer Verdünnung von 1:400 000 auf Diphtheriebazillen in halbspezifischer Weise wachstumshemmend. Das Präparat ist von Leschke in die Therapie der Diphtherie eingeführt worden. Es hilft zur schnelleren Abstoßung der Membranen; es tötet aber auch die im Rachen wuchernden Bazillen schnell ab. Von Leschkes 33 Fällen wurden unter Providoform 24 innerhalb der ersten Woche nach Abstoßung der Beläge bazillenfrei, zwei starben, die übrigen wurden allmählich bazillenfrei, nur zwei wurden als Bazillenträger entlassen, aber auch bei diesen wurde durch Gurgelung mit Providoformlösung der Befund schließlich negativ. Auf Grund der Empfehlung von Leschke wurde das Providoform auch auf den Diphtherieabteilungen des Städtischen Krankenhauses Moabit-Berlin versuchsweise angewandt, und Verf. berichtet im Vorliegenden über die Wirkung bei Diphtheriebazillenträgern, da diese praktisch von ganz besonderem Interesse ist. Zur Anwendung gelangte nach längeren Vorversuchen ausschließlich die Pinselung mit unverdünnter 5 proz. Tinktur des Providoforms, und zwar wurden alle Patienten, die am Schluß der dritten bis vierten Krankheitswoche noch nicht bazillenfrei waren, vier bis acht Tage lang täglich einmal mit der Tinktur energisch im Halse gepinselt. Verf. konstatiert nun in Uebereinstimmung mit Leschke, daß eine sehr große Anzahl von Diphtheriekranken durch die Providoformpinselungen verhältnismäßig schnell bazillenfrei wurden. Verf. möchte die Wirksamkeit des Providoforms nach seinen Erfahrungen gegenüber den Diphtheriebazillenträgern ungefähr derjenigen der Jodtinktur gleichsetzen. Als ein in allen Fällen wirksames Mittel ist auch das Providoform nicht zu bezeichnen.

Privatdozent Dr. **Eduard Melchior** (Breslau): **Klinische Erfahrungen über kombinierte Jod-Röntgentherapie der cervicofacialen Aktinomykose.** (Berl. klin. Wochenschr., 1916, No. 22.)

Verf. berichtet über recht günstige Resultate, die er an der Breslauer chirurgischen Klinik seit Kriegsbeginn mittels gleichzeitiger Jodkalidarreichung und Röntgenbestrahlung bei einer Reihe von Fällen von Aktinomykose des Halses und Ge-

sichtes erzielte. Wenn nun auch in zahlreichen Fällen von Weichteilaktinomykose des Gesichtes und Halses schon allein durch interne Jodkalitherapie bezw. nur durch Röntgenbestrahlung völlige Heilung erzielt wurde, so schien doch die von M. gewählte kombinierte Behandlung einen so unverkennbar prompten Effekt in allen Fällen herbeizuführen, daß Verf. gerade in der Kombination beider Faktoren ein wichtiges therapeutisches Moment erblicken möchte. Auch nach den theoretischen Voraussetzungen ergänzt sich die interne Jodkalidarreichung und die Bestrahlung wirksam gegenseitig, da das Jod nach den Untersuchungen von Prutz nicht etwa den Aktinomyces abtötet, sondern nur die Einschmelzung der entzündlichen Herde befördert und damit auch ihre schärfere Demarkation gegen die Umgebung herbeiführt, was Prutz dadurch ausdrückt, daß die Herde kenntlicher werden. Dagegen besitzen die Röntgenstrahlen eine mächtige wachstumshemmende bezw. keimtötende Wirkung. Daß dagegen andererseits die Röntgenstrahlen allein, ebensowenig wie die ausschließliche Joddarreichung, einen therapeutischen Erfolg bei dieser Form der Aktinomykose mit Sicherheit gewährleistet, lehrt eine von M. mitgeteilte Beobachtung. Jodkali wurde nicht vertragen und mußte daher von der Therapie ausgeschaltet werden. 6 Röntgenbestrahlung wurden vorgenommen, doch ließ sich eine deutliche lokale Besserung objektiv nicht feststellen. — Natürlich unterließ Verf. bei seinem Material chirurgische Maßnahmen nicht ganz, doch beschränkten sie sich auf Inzision der umschriebenen Abszesse und oberflächliche Excochleationen. Energischere Encheiresen, die ja bei dem Wesen der Aktinomykose trotz allen Umfanges dem Postulate des radikalen Eingriffes gewöhnlich nicht gerecht werden, unterblieben dagegen grundsätzlich. Was die therapeutische Technik anbetrifft, so wurde die Röntgenbestrahlung vorgenommen mit einer Röhre vom Härtegrade 9—10, Aluminiumfilter von 3 mm. Je ein Drittel Erythemdosis wurde in 3 aufeinanderfolgenden Tagen appliziert, dazwischen 4—6 wöchentliche Pausen eingeschoben. Das Jodkali wurde bei Erwachsenen meist in täglichen Dosen von 3 g verabreicht, bei Kindern 1—1½ g.

Dr. **Linkenheld** (Barmen): **Offene Wundbehandlung.** (Zentralbl. f. Chir., 1916, No. 22.)

Die Wundbehandlung im Barmer Reservelazarett besteht in folgenden einfachen Maßnahmen: 1. Möglichste Ruhigstellung während der ganzen Behandlungsdauer; 2. Entfernung von infizierten Fremdkörpern auf die schonendste Weise (um möglichst wenig Schutzwälle zu zerstören); 3. Trockenlegung der Wunde durch Spaltung von Taschen, Drainage, möglichst baldige Wiederentfernung der Drainageröhrchen; 4. Sorge für Ableitung der Wundabsonderungen von der Wunde nach außen. Man soll diesen Vorgang nicht durch Wundverbände erschweren. Bei der großen Klebrigkeit der Wundabsonderungen verlieren die Verbandstoffe einen großen Teil ihrer Saug- und Ableitungsfähigkeit. Es lag daher nahe, dieses Hindernis wegzulassen, also zu der schon 100 Jahre alten offenen Wundbehandlung zurückzukehren, die dahin ergänzt wurde, daß die Wunde durch geeignete Maßnahmen vor Fliegen und Beschmutzung geschützt wird. — Die verbandlose Behandlung ermöglicht erst das so überaus wichtige Erfordernis der Ruhigstellung. Im Barmer Reservelazarett wurden keinerlei chemische Mittel in die Wunden gebracht, ebensowenig wurden Durchspülungen und dergleichen angewendet.

Stabsarzt d. R. Dr. **F. Oehlecker: Ueber Gelenktransplantationen an den Fingern, insbesondere nach Schußverletzungen.** (Zentralbl. f. Chir., 1916, No. 22.)

Verfassers Fälle von Gelenkverpflanzungen an den Fingern, die vor 2 Jahren bis reichlich ½ Jahr operiert wurden, sind folgende: 1. Autoplastik: Am kleinen Finger eines jugendlichen Klavierspielers wurden (wegen Knochenzerstörung durch Enchondrom) Grund- und Mittelphalanx durch die entsprechenden Teile der 2. Zehe ersetzt. Es handelt sich hier also um eine autoplastische, gleichzeitige Verpflanzung eines ganzen Gelenkes und zwei halber Gelenke. Resultat vorzüglich. 2. Autoplastik: Mittelgelenk des rechten Zeigefingers, das nach Eiterung ankylosiert war, wurde durch das Mittelgelenk der 2. Zehe ersetzt. Resultat nur mäßig. (In diesem einen Falle scheint nur wenig Gelenkknorpel erhalten zu sein.) 3. Autoplastik: Das durch Schußverletzung zerstörte Mittelgelenk des linken Mittelfingers wurde durch das Endgelenk des linken Ringfingers desselben Patienten ersetzt. Resultat gut. 4. Autoplastik: Das nach Schußverletzung ankylosierte Grundgelenk des rechten Zeigefingers wurde durch das Grundgelenk der 2. Zehe ersetzt. Resultat sehr gut. 5. Homoplastik: Das Mittelgelenk des rechten Mittelfingers, das durch Schußverletzung zerstört war, wurde durch das Endglied eines amputierten Mittelfingers ersetzt. Stellung des Transplantates nicht besonders gut. Funktion des Gelenkes jedoch sehr gut. 6. Homoplastik: Das nach Schußverletzung ankylosierte Grundgelenk des rechten Zeigefingers wurde durch das Endglied eines amputierten Fingers ersetzt. Resultat ganz vorzüglich. — Die Gelenke sind fast alle fest eingeheilt. Nach den oben angeführten Fällen, wie auch aus anderen Beobachtungen möchte Verf. schließen, daß bei der Knochen- und Gelenktransplantation die homoplastische Verpflanzung in keiner Weise der autoplastischen nachzustehen scheint. Die Verpflanzungen ganzer Fingergelenke werden sich je nach der Art des verletzten Gelenkes und des zur Verfügung stehenden Transplantates sehr verschieden gestalten. Finger, die nach Schußverletzungen eine sehr narbige oder dünne atrophische Haut haben, sind zur Einsetzung eines neuen Gelenkes nicht geeignet, weil das Transplantat unbedingt gut eingebettet und eingedeckt sein muß. Zur jetzigen Kriegszeit bietet sich Gelegenheit, homoplastische Fingergelenktransplantationen vorzunehmen, wie sie nicht so leicht wiederkommen wird. Dieses gilt auch für homoplastische Knochenverpflanzungen anderer Art. Wie manches Knochenstück, sagt Verf., wird amputiert und weggetan, das nachher hätte verwertet werden können. Verf. hat es sich zur Richtschnur gemacht, nicht eher ein aseptisches Knochenstück eines gesunden Soldaten abzusetzen, bevor er sich nicht umgesehen hat, ob nicht das Knochenstück für eine Transplantation verwertet werden könne.

Prof. Dr. **G. Hotz** (Freiburg i. Br.): **Zur Technik der Bluttransfusion.** (Beiträge zur klin. Chirurgie, Bd. 100 [15. kriegschir. Heft].)

Macht man die Bluttransfusion unter Verwendung der A. radialis, so ist eine Gerinnselbildung nicht immer zu vermeiden, gleichgültig, welche Methode wir wählen, und wer Blutbestimmungen vor und nach der Transfusion ausführt, wird sich über den Erfolg der Bemühungen in jedem Falle Rechenschaft geben können. Die A. radialis ist nicht nur bei Frauen manchmal unerwartet klein, und bei der Isolierung des Gefäßes tritt, selbst wenn wir das Adrenalin vermeiden, oft eine starke Zusammenziehung des Gefäßrohrs ein. Das Lumen läßt sich außen wohl so weit dehnen, daß man die Naht oder eine Kanüle anwenden kann, aber proximal besteht eine hochgradige Verengerung. Die Stoßkraft des arteriellen Stromes läßt bald nach, und wenn wir die Verbindung hergestellt haben, kommt es leicht zur Gerinnung. Selbst wenn wir den Empfänger tiefer legen, reicht der Puls des Spenders nicht aus, um die Widerstände zu überwinden. In dieser Hinsicht sind die Venen des Vorderarmes beim Empfänger nicht zu unterschätzen. Der Blutlauf wird verlangsamt und damit ist die wichtigste Ursache der Gerinnung erklärt, welche eine Transfusion vereitelt oder doch nicht zum gewünschten Maße durchführen läßt. Um solchen Enttäuschungen sicher zu entgehen, hat Verf. in 8 Fällen die A. brachialis an Stelle der A. radialis als Blutquelle verwandt. Die A. brachialis ist am Oberarm oberhalb des Lacertus fibrosus leicht unter Lokalanästhesie zu isolieren, sie wird innerhalb der beiden Aa. collaterales ulnares zwischen weichen Klemmen durchtrennt und dann das zentrale Ende mit einer Vene des Vorderarmes durch eine eingebundene Glas- oder Metallkanüle von 1½ bis 2 mm Weite verbunden. Man gewinnt damit den Vorteil eines starken Blutdruckes, der das Hindernis sicher überwindet und einer guten Stromgeschwindigkeit, welche eine Ansammlung von Gerinnseln nicht aufkommen läßt. Die Transfusion gestaltet sich bei Verwendung der A. brachialis naturgemäß schneller, kürzeste Zeitdauer 15 Minuten, die charakteristische Belebung und Rötung im Gesicht eines Ausgebluteten beginnt nach 8 bis 10 Minuten. Der Widerstand in der Gesamtleitung ist aber noch so groß, daß eine Gefahr der Ausblutung des Spenders nicht zu befürchten ist, denn der Vorgang ist keineswegs mit einer freien Blutung zu vergleichen. Eine ständige Prüfung des Blutdruckes des Spenders am andern Arm darf jedoch nicht unterlassen werden. Das Absinken des Druckes von der Normalen 125 bis auf 100 mm Hg kann man ohne Bedenken abwarten. Bedenklicher erscheint zunächst der Eingriff an der A. brachialis wegen der späteren Durchblutung der Extremität. Die Arterie darf an der genannten Stelle unterbunden werden, weil die Aa. collaterales radiales et ulnares eine genügende Blutversorgung garantieren. Verf. hat sich allerdings bemüht, jedesmal nach der Transfusion beim Spender den normalen Zustand wieder herzustellen, das 3—4 mm lange zentrale Ende mit der eingebundenen Kanüle wurde abgeschnitten und dann hat er die beiden Lumina durch zirkuläre Gefäßnaht vereinigt.

Dr. **Hartmann**, Chirurg an einem Kriegslazarett: **Blutleere Spaltungen von Senkungsabszessen an Verwundeten.** (Zentralbl. f. Chir., 1916, No. 23.)

Die Behandlung der Senkungsabszesse ist breite Spaltung, damit sich kein Eiter mehr in etwa übersehenen Taschen und Buchten verhalten kann. Aber selbst bei den einfachsten Hautspaltungen können bei der Hyperämie der Gewebe und der Neigung zur Diathese infolge der Allgemeininfektion profuse Blutungen entstehen, die man recht gut umgehen kann, wenn man seine Aufgabe darin erblickt, nichts unversucht zu lassen, was den Blutverlust auf das mindeste Maß beschränkt.

Früher spaltete Verf. derartige Senkungsabszesse mit Messer oder Schere, wobei er aber nicht selten recht beträchtliche Blutungen aus den Gefäßen der Haut und des Unterhautzellgewebes erlebte. Nicht immer war er imstande, sie schnellstens zu versorgen, da die Klemmen und Schieber in dem harten, häufig atrophischen Gewebe nicht hielten, so daß zu Umstechungen geschritten werden mußte. Dies war oft recht zeitraubend und stand mit dem unbedeutenden Eingriff an sich in gar keinem Verhältnis. Jetzt bedient Verf. sich zur Spaltung derartiger Senkungsabszesse der Wilmsschen Kompressionszange. Wilms hat diese Zange bei Trepanationen nach Schädelverletzungen angewendet. Die Anwendung der Zange ist äußerst einfach. Die spitze, geschlitzte und mit Querrillen versehene Zangenbranche wird eine Strecke weit unter die Weichteile des Senkungsabszesses vorgeschoben, während die messerartige Branche, durch Druck der Hand in die erste hineingetrieben, die Haut aufschneidet. Hierbei werden beide Wundränder, die infolge der Querrillen aus den Zangenteilen nicht abgleiten können, gequetscht und erfahren eine derartige Komprimierung, daß eine Blutung aus der gesetzten Wunde so gut wie ausgeschlossen ist. Die Zange muß jetzt, um eine gute Wirkung zu erzielen, kurze Zeit in dieser Stellung verweilen, und dann kann der Schnitt nach und nach weitergeführt werden. Verf. hat die Zange bei derartigen Senkungsabszessen, auch oberflächlichen Schußkanälen und Schädeltrepanationen angewendet und nur gute Erfolge damit erzielt. Die Blutung in der Haut und im subkutanen Gewebe steht hierbei prompt. — Die Kompressionszange liefert Friedrich Dröll, Heidelberg, Bergheimer Straße 15.

Dr. **Josef Freund**, Assistent am Zentralröntgenlaboratorium im Allgem. Krankenhaus in Wien: **Ein Fall von Hernia diaphragmatica dextra [Paroesophagea vera congenitalis?].** (Medizin. Klinik, 1916, No. 8.)

In dem mitgeteilten Falle bestehen neben stomachalen Beschwerden Brustschmerzen rechts hinten unten. An dieser Stelle besteht zeitweilg gedämpfter Perkussionsschall und herabgesetzter Stimmfremitus. Die Bestandteile des Bruches können vorübergehend auch bei der Radioskopie als pleuritische Produkte angesehen werden, wenn der Luftgehalt des Bruches ganz reduziert ist. Die Röntgenuntersuchung konstatierte das Vorhandensein einer Hernia diaphragmatica dextra. Das Fehlen eines Traumas, einige topische, morphologische und funktionelle Einzelheiten, sowie die Aehnlichkeit des Falles mit den Fällen der Literatur gestatteten die Annahme, daß es sich um eine Hernia paroesophagea vera handelt. Es konnte auch ein Bild von dem Mechanismus der Beschwerden des Patienten gewonnen werden und auch die Maßregeln erkannt werden, welche einem häufigen Auftreten der Beschwerden vorbeugen können. Da die Röntgenuntersuchung Anomalien nachweisen kann, müßte im Einzelfalle die Möglichkeit einer Anomalie mehr berücksichtigt werden, als es in Wirklichkeit zu geschehen pflegt.

Dr. **Friedrich Neugebauer** (Mährisch-Ostrau): **Ein seltener Fremdkörper der Gallenblase.** (Zentralbl. f. Chirurgie, 1916, No. 24.)

Von Gallensteinen abgesehen, sind Fremdkörperbefunde in den Gallenwegen des Lebenden Seltenheiten. Vor 4 Jahren hat Verf. zuerst einen Spulwurm aus dem Choledochus gezogen; seitdem sind eine Reihe solcher Fälle bekannt gemacht. Auch dem Echinococcus ist man mehrfach daselbst begegnet und in sehr spärlichen Fällen auch der Taenia. Außer diesen parasitären Fremdkörpern wurden an Lebenden nur einige Male inkrustierte, von früheren Operationen zurückgelassene Seidenfäden zutage gefördert. Auch den pathologischen Anatomen ist über echte Fremdkörper sehr wenig bekannt. Doch ist es eine Tatsache, daß Fruchtkerne, Seidenfäden, Nadeln aus dem Darme in den Choledochus, ja selbst in die Gallenblase einzuwandern vermögen. In Hinblick auf die Seltenheit solcher Vorkommnisse teilt Verf. die Krankengeschichte einer 43 jährigen Frau mit, die wegen Gallensteinen operiert wurde. In der Gallenblase eitrige Galle, 103 fazettierte Cholestearinsteine von dem Aussehen und der Größe getrockneter Erbsen. Unter den Steinen befand sich ein 8 mm langes Insekt. Das Insekt ist die Larve eines Ohrwurmes (Torficula auricularis), eines recht gewöhnlichen Insektes, von dem man annehmen kann, daß es leicht mit Speisen (Salat, Obst) in den menschlichen Darm gelangen kann. Das Tier ist übrigens nur ein Torso. Es liegt nur das Chitinskelett des Kopfes und Thorax samt den lose daranhängenden ersten Abdominalsegmenten vor. Das vorliegende Objekt war sicher tot, als es in den Zwölffingerdarm kam. Es handelt sich um das Eindringen eines toten Körpers aus dem Duodeneum in die Gallenblase, analog den oben erwähnten seltenen Obduktionsbefunden. Den Tierärzten sind namentlich bei den Pferden solche Vorgänge bekannter. Besonders sind es Haferkörner, welche in den Choledochus eintreten. Bei diesen Vorgängen ist das Eindringen in die Papille am schwersten zu erklären. Dagegen ist die weitere Verschleppung eines schon in den Gallengang eingedrungenen Körpers verständlicher. Insbesondere spezifisch leichtere Körperchen können in der Galle aufsteigen, gelangen in den Cysticusstrom, welcher sie in die Gallenblase verschwemmt. Da die erwähnten Parasiten und auch andere Fremdkörper vielfach bei Gallensteinleidenden gefunden wurden, nimmt Langenbuch an, daß eine durch kurz vorher erfolgten Abgang von Steinen bedingte Erweiterung der Papille das Eindringen fördert. Außer dem Interesse, welches dieser Fund als Kuriosum bietet, scheint ihm auch eine Bedeutung in bezug auf die Krankheitsursachen der Gallenwege innezuwohnen.

Prof. Dr. **Bertelsmann** (Cassel): **Die Naht größerer Bauchbrüche.** (Zentralbl. f. Chir., 1916, No. 22.)

Bei Nabelbrüchen, Bauchbrüchen und bei nach Operation entstandenen Brüchen in der Mittellinie oder solchen nahe der Mittellinie haben die queren Bauchmuskeln ihre in der Linea alba gelegenen Ansatzpunkte ganz oder teilweise verloren. Wie andere von ihrem Ansatzpunkt gelöste Muskeln suchen sie sich zurückzuziehen und nehmen dabei die geraden Bauchmuskeln mit zur Seite. Die geraden Bauchmuskeln helfen dann durch ihre Zusammenziehung die Baucheingeweide nach außen pressen; das Auseinanderklaffen der inneren Rektusränder wird aber in erster Linie durch den Zug der queren Bauchmuskeln bewirkt. Ist dies richtig, so wird man bei der Operation der genannten Brüche zunächst bestrebt sein müssen, den Zug der quergestellten Muskulatur aufzuheben, nicht aber versuchen, mit der Naht den Halt an den zerreißlichen und ursächlich nur wenig beteiligten geraden Bauchmuskeln zu erlangen. Läßt man alle Nähte, die eine Spannung auszuhalten haben, so an den vorderen Rektusscheiden angreifen, wie Verf. es in dem Zentralblatt für Chirurgie, 1913, No. 4, beschrieben hat, dann wirkt der Zug des geknüpften Fadens durch Vermittlung der festen Aponeurosen in erster Linie auf die queren Bauchmuskeln; zugleich werden die Musculi recti nach der Mitte zusammengeschoben. Da Verfassers damalige Veröffentlichung wenig beachtet und die Art seines Vorgehens nur von denen anerkannt worden ist, die ihm einmal dabei zugesehen haben, weist er unter Mitteilung eines kürzlich operierten Falles nochmals auf sein Verfahren hin. Kr.

Dr. **Gottgetreu** (Berlin-Neukölln): **Ueber die Verwendbarkeit des Ervasin-Calcium bei Menstruationsbeschwerden.** (Zentralblatt für die gesamte Therapie, 1915, H. 9.)

Seit einiger Zeit wird die Azetylsalizylsäure mit Vorteil durch die noch günstigere Verhältnisse bietende Azetylparakresotinsäure (Ervasin) ersetzt, die sich auch bei Herz- und Nierenstörungen als völlig indifferent erwies, vom Magen ausgezeichnet vertragen wird und sich bald als eines unserer besten Antinervina (und auch Antirheumatica) allgemeine Anerkennung erworben hat. Das Calciumsalz des Ervasin, das Ervasin-Calcium, besitzt außer der schmerzstillenden Wirkung noch die allgemeinen Calciumeigenschaften: kalmierend und die Blutgerinnung fördernd (nicht eigentlich styptisch) zu wirken. Das Ervasin-Calcium (Goedecke u. Co. [Berlin]) eignet sich daher in jeder Hinsicht zur Behandlung von Menstruationsbeschwerden verschiedener Aetiologie, zumal wenn lokale anatomische Veränderungen nicht die Hauptursache der vorhandenen Anomalien bilden. Man gibt Ervasin-Calcium bei heftigen Schmerzen in Dosen von 3 mal tägl. 1 g (2 Tabl. zu je 0,5 g), doch genügt in den meisten Fällen die einmalige tägliche Darreichung von 2 Tabletten. Die Wirkung des Ervasin-Calcium äußert sich subjektiv in raschem Nachlassen der Schmerzen, einem angenehmen Gefühl des Wohlbefindens und der Beruhigung, Schwinden des Prickelns der Haut (nervöse Empfindlichkeit) und des Fröstelns, normaler Durchblutung der vorher blassen und kalten Hände etc. Die Periode selbst wird in ihrem üblichen Verlauf nicht unterbrochen oder aufgehoben, nur in ihrer Stärke gemildert, unzweckmäßige Reflexaktionen werden zur Norm geführt. Anatomische Erkrankungen der Sexualorgane dürfen natürlich nicht übersehen werden. Diese vollkommene Unschädlichkeit des Ervasin-Calcium gibt uns die Möglichkeit, schon bei geringen Störungen durch diese einfache Medikation regelnd einzugreifen und damit zugleich eine bedeutsame Prophylaxe zu treiben. H.

II. Verhandlungen ärztlicher Gesellschaften.

Kriegstagung der Ungar. Ophthalmologischen Gesellschaft in Budapest am 11. u. 12. Juni 1916.

Der dritte Verhandlungsgegenstand betraf die

Lokalisation von Fremdkörpern im Auge und Orbita und deren Entfernung.

Privatdozent **L. v. Liebermann** (Budapest) bespricht zunächst den Nachweis von Fremdkörpern im Auge und dessen Umgebung mit **Röntgenstrahlen.** Er empfiehlt als besonders

brauchbar ein von Sweet (Philadelphia) angegebenes Verfahren. Es handelt sich dabei um einen Apparat, in dem Röhre, Plattenhalter und Fixpunktmarke in immer gleichbleibendem Verhältnis zueinander angebracht sind und mit dem 2 Aufnahmen aus 2 fixierten Stellungen des Röhrenfokus auf 2 Segmente einer und derselben Platte gemacht werden. Das Resultat wird über einem Netz abgelesen und in ein vorgedrucktes Augenschema mit Millimeterteilung eingetragen. Der Apparat ist so eingerichtet, daß die schiefe Strahlenrichtung die Durchleuchtung nur der einen — der verletzten Seite — entsprechenden Orbita und damit die Verwendung sehr weicher Röhren gestattet, die fixierte Anordnung ermöglicht eine bis auf 1 mm genaue Bestimmung. Die Bedeutung des Röntgenlokalisationsverfahrens liegt darin begründet, daß erwiesenermaßen die Technik der Magnetextraktion eiserner Fremdkörper oft sehr von dem Röntgenbefund abhängt; ferner ist ein operatives Eingehen zur Entfernung nichtmagnetischer Fremdkörper nur nach genauer Röntgenlokalisation möglich. Leider gelingt die Magnetextraktion eiserner Fremdkörper aus dem Auge nach Kriegsverletzungen nur in einem kleinen Prozentsatz der Fälle. Verf. stellt hinsichtlich der Behandlung bei intraokularen Fremdkörpern folgende Grundsätze auf: 1. Bei allen nachgewiesenermaßen einen Fremdkörper enthaltenden, frisch verletzten oder nach älterer Verletzung iridozyklitisch gereizten Augen ist der Magnetversuch oder in entsprechenden — wohl sehr seltenen — Fällen eine instrumentell-operative Entfernung des Fremdkörpers vorzunehmen, also sind solche Fälle nach erfolgtem Nachweis oder auch bei bloßem begründeten Verdacht auf Fremdkörper an eine Augenstation, wo dies ausführbar ist, raschest abzugeben. 2. Alle Fremdkörper enthaltenden, erblindeten und anhaltend iridozyklitisch gereizten Augen sind zur Verhütung der sympathischen Ophthalmie zu enukleieren. 3. Andererseits sind Augen, sehend oder selbst erblindet, auch mit intraokularem Fremdkörper zu erhalten, wenn keine Reizung vorhanden ist oder eine solche nach entsprechender Behandlung schwindet. — Oberstabsarzt Prof. **Holzknecht** (Wien) spricht ebenfalls über die Verwendung der Röntgenstrahlen zur Ortsbestimmung von Fremdkörpern im Auge. Den Ort der Fremdkörper im Auge findet er durch 5 aufeinanderfolgende Aufnahmen mit wechselnder Blickrichtung (nach oben, geradeaus, nach unten, nach rechts und links). Die Schatten nehmen in jedem Bild andere Lagen ein, und für jeden Ort im Auge ist eine bestimmte gegenseitige Anordnung der 5 Fremdkörperschatten charakteristisch. Die Quelle einer Eiterung findet man, indem man schmelzbare Stäbchen aus Wismut-Kakaobutter oder Gelatine in die Fistelöffnungen stopft und 1 oder 2 Röntgenaufnahmen macht. H. empfiehlt ferner zur Auffindung von Fremdkörpern die Durchleuchtung während der Operation und das Fremdkörpertelephon.

In der Erörterung berichtet zunächst Prof. **Hertel** (Straßburg) über seine Erfahrungen. Für eisenhaltige Splitter gibt er dem Nachweis durch das Sideroskop den Vorzug. Das von ihm benutzte sehr empfindliche Sideroskop zeigte im Augenhintergrund sitzende Splitter von 0,2—0,3 mg sicher an, während bei solchen die Röntgenaufnahme versagte. Auch viel größere Splitter bis etwa 3 mg waren bei tiefem Sitz nicht immer eindeutig durch Schattenbildung zu erkennen. Beim Sitz im vorderen Augapfelabschnitt, wo die Knochenschatten nicht stören, wurden auch mit Röntgenstrahlen sehr kleine Splitter von einigen Zehntel mg mit Sicherheit nachgewiesen. Ueber Größe und Form der Splitter geben positive Röntgenaufnahmen besser Auskunft als das Sideroskop. Sehr schwierig ist es in vielen Fällen, auch durch Röntgenaufnahmen zu entscheiden, ob ein Splitter noch innerhalb der Sklera oder schon außerhalb derselben sitzt. Besonders beim Sitz am hinteren Pol führten auch messende Verfahren oft nicht zum Ziel. Ueber das Material der Splitter gibt das Sideroskop guten Aufschluß, auch beim Sitz in anderen Teilen des Kopfes; in entsprechenden Fällen konnte dann mit Erfolg die Magnetextraktion ausgeführt werden. — Prof. **v. Pflugk** (Dresden) empfiehlt auf Grund seiner Erfahrungen das Sweetsche Verfahren. — Oberstabsarzt Prof. **Possek** (Graz) empfiehlt bei nichtmagnetischen sichtbaren Fremdkörpern die Ausziehung unter Leitung des Augenspiegels. Nach Freilegung der Sklera Meridionalschnitt und Extraktion mit einer eigens konstruierten Pinzette mit gekrümmten Armen und flachen Enden. — Prof. **Wessely** (Würzburg) empfiehlt zum röntgenologischen Nachweis von metallischen Fremdkörpern die von ihm angegebenen Prothesen aus bleihaltigem Glas, welche in den Bindehautsack eingelegt werden. Die Prognose der Magnetextraktion ist um so günstiger, je frühzeitiger sie ausgeführt wird; es ist dabei nicht ganz genaue Ortsbestimmung erforderlich, in der Regel genügt eine ungefähre Orientierung. Im Feld stehen den Aerzten gute Röntgeneinrichtungen zur Verfügung, auch Riesenmagnete sind in einer Reihe von Augenstationen dicht hinter der Front zur Stelle, sehr schnell kann also nach der Verletzung zur Magnetextraktion geschritten werden. W. zeigt an einer Reihe von Röntgenaufnahmen bei Kriegsverwundungen die Brauchbarkeit seiner Prothesen zur Entdeckung der Frage, ob der Fremdkörper im Augapfel oder außerhalb desselben sitzt. Natürlich kommen auch Fälle vor, in denen die Prothesen versagen. Solche Fälle mögen dann in den Kliniken dem feineren Lokalisationsverfahren unterzogen werden. — Reg.-Arzt **Rosenhauch** (Krakau) berichtet über Schußverletzungen der Augenhöhle. Nach Extraktion der Geschosse blieb das Auge bei manchen mit voller, bei anderen mit teilweiser Sehschärfe erhalten. In keinem Fall von Schußverletzung der Augenhöhle sollte eine Röntgendurchleuchtung unterlassen werden. — Oberstabsarzt **Augstein** (Bromberg) konnte nur in einem Falle unter zahlreichen Fremdkörperfällen den Nachweis führen, daß der Fremdkörper aus Eisen bestand; er wurde leicht mit dem Riesenmagneten entfernt. In einem Fall gelang ihm unter Leitung des Augenspiegels die Extraktion eines sehr kleinen, nicht aus Eisen bestehenden Fremdkörpers durch einen Skleralschnitt mittels Pinzette. — Stabsarzt Prof. **Salzer** (München) macht einige Bemerkungen zur Anwendung der Wesselyschen Prothese. — In seinem Schlußwort erkennt auch Prof. **Holzknecht** die Brauchbarkeit der Wesselyschen Prothese an, allerdings nur in bedingter Weise; für die zweifelhaften Fälle ist man auf die komplizierteren Methoden angewiesen, das von H. herrührende Verfahren und die Sweetsche Methode. R. L.

III. Bücherschau.

Die symptomatische Tuberkulosetherapie des Praktikers. Von Oberarzt Dr. **Klare** (Heilstätten für Lungenkranke Waldhof, Elgershausen). München 1916, Verlag der ärztlichen Rundschau (Otto Gmelin). 24 S. 1 M.

Die kleine Schrift gibt eine Reihe nützlicher Ratschläge zur symptomatischen Behandlung Lungenkranker. Verf. bespricht nacheinander die Therapie der Lungenblutung, der Nachtschweiße, des Fiebers, des Hustens, der Durchfälle bei Lungentuberkulose und schließlich noch die psychische Behandlung der Phthisiker. Er zieht in gleicher Weise die medikamentöse Therapie wie die physikalisch-diätetischen Hilfsmittel heran. Sein Standpunkt ist also von jeder Einseitigkeit frei; darum kann die Schrift besonders Anfängern in der Praxis empfohlen werden. R. L.

IV. Tagesgeschichte.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Halle a. S. Prof. Dr. Paul Schmidt, ein Schüler von Geheimrat F. Hofmann in Leipzig, seit Ostern 1914 Ordinarius der Hygiene in Gießen, ist als Nachfolger des verstorbenen Prof. Roemer in gleicher Eigenschaft hierher berufen worden.

Kiel. Prof. Dr. Kisskalt, zurzeit Ordinarius der Hygiene in Königsberg, ist als Nachfolger des verstorbenen Geheimrats B. Fischer hierher berufen worden, tritt sein Amt aber erst im Sommersemester nächsten Jahres an.

Rostock. Dr. Fritz Weinberg hat sich für innere Medizin habilitiert.

Jena. Infolge eines Beschlusses der Erhalterstaaten wird an der hiesigen Universität eine außerordentliche **Professur für Kinderheilkunde** errichtet werden.

— Der Privatdozent der Augenheilkunde Dr. K. A. Hegner ist zum außerordentlichen Professor befördert worden.

München. Die Privatdozenten Dr. Wilhelm Heuck (Dermatologie und Syphilidologie) und Dr. Eberhard Veiel (innere Medizin) haben den Charakter außerordentlicher Professoren erhalten.

Straßburg i. E. Als Nachfolger des kürzlich verstorbenen Prof. Dr. A. Wolff ist der Berliner Privatdozent Prof. Dr. G. Arndt als außerordentlicher Professor der Dermatologie und Direktor der zugehörigen Universitätsklinik hierher berufen worden.

Graz. Der seit 1913 im Ruhestande lebende frühere Professor der pathologischen Anatomie Dr. Hans Eppinger ist im Alter von 70 Jahren gestorben. Das Grazer Ordinariat der pathologischen Anatomie hatte er seit 1882 inne; vorher wirkte er in Prag, wo er sich 1872 habilitiert und 1875 ein Extraordinariat erhalten hatte. Von seinen Veröffentlichungen sind die über Lungenerkrankungen durch den Schimmelpilz Cladothrix und durch Inhalation von Milzbranderregern (Hadernkrankheit) bemerkenswert.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: San.-Rat Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil S. Caspari, Berlin-Schöneberg.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW. 68, Alexandrinenstraße 110.

85. Jahrgang **Berlin, 2. September 1916** **No. 36**

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Steinplatz 105 56

85. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W. 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Kriegsaphorismen eines Dermatologen.*)

Von Prof. Dr. **P. G. Unna** (Hamburg).

Die Verhütung des chronischen Trippers.

Der Kampf mit dem Tripper ist während des Krieges allmählich zu einer immer ernsteren und nachgerade ermüdenden Angelegenheit geworden. Trotzdem jetzt alle Kriegs- und Reservelazarette und sogar viele Feldlazarette mit eigenen Abteilungen für Geschlechtskranke ausgerüstet sind, an deren Spitze bewährte Spezialärzte stehen, die ihr möglichstes tun, um die Krankheitsdauer der Gonorrhoiker herabzudrücken, scheint nach den mir vorliegenden Nachrichten der behandelnden Aerzte selbst das Resultat dieser vereinten, zielbewußten Anstrengungen nicht überall den berechtigten Ansprüchen zu genügen. Noch immer gehört in den meisten Lazaretten eine 4—5 wöchige, energische Behandlung dazu, um einen Gonorrhoiker wieder dienstfähig zu machen; jede Komplikation erhöht die Behandlungsdauer aber auf das 2—3 fache.

Auf der anderen Seite fehlt es nicht an Erfahrungen, daß einzelne Tripperfälle fast ohne jede Behandlung ausheilen. Schon 1870—71 beobachtete ich einzelne Fälle, bei denen sogar unter anstrengenden Märschen eine Spontanheilung zustande kam, als hätte die erhöhte Zirkulation in den Beinmuskeln die Abheilung befördert.

Daher mögen einige Leitsätze von einem Arzte, welcher den Tripper nur aus der Privatpraxis als eine relativ harmlose Sache kennt, manchen Kollegen im Felde vielleicht von Nutzen sein.

1. Es muß versucht werden, im Felde jeden frischen Tripper — wie in der guten Privatpraxis — so rasch zu heilen, daß er gar nicht in das chronische Stadium übergeht. Anders ausgedrückt: der frische Tripper muß geheilt werden, solange nur der vordere Teil der Harnröhre befallen ist.

2. Zu diesem Zwecke muß jede Reizung der hinteren Harnröhre vermieden werden, nämlich solche: a) durch größere Injektionsmengen, Irrigationen, Injektionen unter erhöhtem Druck mit Dehnung der Harnröhre, Injektionen von längerer Dauer; b) durch Einführung nackter Sonden und Katheter; c) durch Stagnation des eitrigen Sekretes in der vorderen Harnröhre.

3. Der letzte Punkt ist der wichtigste. Bei Tage sorgt das Urinieren für die Wegschaffung des Sekretes, aber während der Nachtruhe sammelt sich das Sekret an. Daher die konstante Verschlimmerung des Status morgens beim Erwachen, der „Morgentropfen", der jedem Tripperkranken bekannt ist. Die zweimalige nächtliche Einspritzung (um 2 und 5 Uhr) verhindert die Sekretstauung und ist die erste Bedingung für eine rasche Heilung frischer Tripper.

4. Außer der Stauung des Sekretes bringt die Nachtruhe noch folgende schädigenden Momente mit sich, die sämtlich auf die Blutfülle der Urethra verstärkend wirken: die Bettwärme; die größere Blasenfüllung, die zu Erektionen führt; die Erektionen aus anderer Ursache. Diese drei Umstände, ebenso wie die Sekretstauung steigern sich im Laufe der Nacht immer mehr, während sie bei Tage ganz fortfallen. Sie fallen aber auch fort, wenn die Nachtruhe alle drei Stunden künstlich unterbrochen wird durch eine Blasenentleerung mit nachfolgender Injektion.

5. Die nächtlichen Tripperinjektionen sind in meiner Privatpraxis aus den genannten Gründen seit Jahrzehnten eingeführt und haben sich ausnahmslos gut bewährt. Allerdings begehe ich nie den taktischen Fehler, diesen ungewohnten Injektionsmodus dem Patienten zu empfehlen; ich lasse ihn vielmehr, sokratisch fragend, die vier Ursachen, „weshalb der Tripper morgens schlimmer ist als abends?", durch eigenes Nachdenken selber finden, was — mehr oder minder rasch — aber jedesmal gelingt. Dann ist der Patient für die damit verknüpfte Selbstüberwindung gewonnen. Wo so viel Verständnis und guter Wille bei den Gonorrhoikern im Felde vorhanden ist, läßt sich die nächtliche Behandlung auch hier leicht durchführen. Sonst hilft nur eine straffere Organisation, wie sie sich aber in jedem Feldlazarett einrichten läßt. Ein Sanitätsunteroffizier übernimmt dann das Kommando über die „nächtliche Heerschau".

6. Möglichst sofort nach Stellung der Diagnose beginnt die Behandlung. Für die Injektionen brauche man die kleinste Sorte von Spritzen und eine sehr milde, adstringierend-desinfizierende Mischung, von denen ich die älteste Formel als die bewährteste empfehle:

Resorcin . . . . 2 Proz.
+ Zincum sulfocarbolicum . . . 1/2 „

Hiermit wird alle drei Stunden eine Injektion gemacht, also achtmal in 24 Stunden; bei Tage mag eine Injektion ausfallen, bei Nacht nicht.

Man lasse die Mannschaften bei Tage nicht im Bette liegen (aus den obigen Gründen), sondern, wenn möglich, Arbeitsdienst tun. Außerdem benutze man den Tag zur energischeren Behandlung der Fossa navicularis und Umgebung, wo der Tripper, sich selbst überlassen, viel länger isoliert bleibt, als die meisten Aerzte wissen. Nichts hat mir in dieser Beziehung so viele Dienste geleistet, als die

*) Zuerst erschienen in der „Berl. klin. Wochenschr.", 1916, No. 32, und auf freundliche Anregung des Herrn Verfassers hier wieder abgedruckt. Red.

„sanfte" Massage über der nur 5—6 cm weit in die Harnröhre eingeführten Salbensonde mit der 1884 von mir für den chronischen Tripper eingeführten Höllensteinwachssalbe:

Butyr. Cacao ad	100,0
Cerae flav.	5,0
Balsam. peruviani	2,0
Rad. curcumae	5,0[1]
Argenti nitr. 1, Sol. in aq.	1,0
M.	

Der Mangel von Kakaobutter hat die neue Formel geprägt:

Cetacei	10,0
Paraffini liq.	20,0
Cerae flav.	2,0
Bals. peruv.	0,5
Arg. nitr. 0,3, Sol. in aq.	0,3
M.	

Die Urethralmasse muß so hart sein, daß sie als ein fester Körper eingeführt werden kann und dann erst, durch die Körperwärme schmelzend, ihre Wirkung beginnt. Sie wird in kleinen Gläschen dispensiert und im Wasserbade geschmolzen. Dann werden Zinnsonden (No. 16—18) etwa 10 cm weit eingetaucht, worauf man sie abtropfen läßt und für den Gebrauch hinhängt. Zur Einführung werden sie eingeölt. Die Stelle der Zinnsonde kann auch der Silberkatheter vertreten. Die Massage mit der Höllensteinsalbe hat den Zweck, die Fossa navicularis und die ersten Gonokokkenherde in ihrer Nachbarschaft zu desinfizieren; sie schmerzt, milde ausgeführt, schon das zweite Mal nicht mehr. Die Ausführung der Massage geschieht einen um den anderen Tag, am besten morgens nach der ersten Injektion. Dafür können dann die zwei nächsten Injektionen an diesem Tage ausfallen. Auch das Urinieren unterbleibt etwa sechs Stunden. Dann beginnt das dreistündliche Injizieren für den Rest des Tages und während der Nacht.

7. Bei dieser Behandlung hört gewöhnlich schon nach 3—4 Tagen der Morgentropfen auf; die Behandlung geht aber ihren Gang ruhig weiter. Frische Tripper sind gewöhnlich in acht Tagen geheilt, ältere der vorderen Harnröhre in 2—3 Wochen. Günstige Berichte liegen mir aus vier Lazaretten vor; aber die hauptsächliche gute Wirkung entfaltet die nächtliche Injektion und Salben-Sonden-Massage im ersten Beginn des Trippers. Sie wäre daher vor allem zu Versuchen an der Front in der Revierkrankenstube zu empfehlen, wobei die Patienten bei Tage zum Arbeiten angehalten werden könnten. Mancher Arzt könnte mittels dieser milden Abortivkur ganz frische Tripperfälle schon bei der Truppe zur Heilung bringen. Ist diese Behandlung an der Front aus verschiedenen Gründen nicht möglich, so wäre es immer noch empfehlenswert, Feldlazarettstationen für frische Tripper einzurichten, um einer noch weitergehenden Verschleppung der Behandlung vorzubeugen. Erst wenn auch dieser Versuch fehlschlägt, sollten die Patienten zur Behandlung der hinteren Harnröhre mit Spülungen und Dilatation dem Kriegs- oder Reservelazarett übergeben werden. Die sofortige Ueberweisung dahin kürzt an der Behandlungsdauer nichts ab, verhindert aber die Aerzte an und hinter der Front, den Tripper zu coupieren, solange er noch „vorne sitzt".

II. Referate.

Stabsarzt Prof. Dr. **Gotthold Herxheimer**, zurzeit bei einer Kriegslazarettabteilung: **Kurzer Beitrag zur Pathologie der Weilschen Krankheit.** (Berl. klin. Wochenschr., 1916, No. 19.)

Die klinischen Erfahrungen über die Weilsche Krankheit, die schon im Frieden als Soldatenkrankheit galt, sind jetzt zahlreicher geworden. Ganz besonders aber sind unsere Kenntnisse durch Entdeckung des Erregers der Krankheit durch Hübener und Reiter einerseits, Uhlenhuth und Fromme andererseits und durch die diesen Forschern gelungene Reproduktion der Erkrankung im Tierexperiment bereichert. Von der pathologischen Anatomie der Weilschen Krankheit wußten wir bislang fast nichts. Um so verdienstlicher ist die gerade erschienene Arbeit Beitzkes, welcher 5 Sektionsfälle mit mikroskopischen Untersuchungen zugrunde liegen. Auch H. beobachtete einen Fall von Weilscher Krankheit und berichtet in vorliegender Arbeit über einige Befunde dieses Falles, da sie geeignet sind, diejenigen Beitzkes zu stützen und zu ergänzen. Was Verf. besonders zur Mitteilung drängt, ist der Umstand, daß ihm der Nachweis der von Uhlenhuth-Fromme und Hübener-Reiter in Ausstrichen und im Tierexperiment gefundenen Spirochäte in Schnittpräparaten der menschlichen Organe gelang. Bei Giemsa-Präparaten fand er nichts, in Levaditi-Silberimprägnationen hingegen konnten die Spirochäten nachgewiesen werden. Beitzke fand sie, wie er angibt, trotz langen Suchens unter seinen 5 Fällen nur in einem in zwei Exemplaren im Muskel, in einem anderen Fall nur eine Spirochäte in einer Leberzelle. In Verfassers Fall fanden sich einige wenige Spirochäten in Leberzellen, weit mehr aber in der Niere. Auch hier waren sie im ganzen nicht sehr zahlreich, aber doch in manchen Gesichtsfeldern zu mehreren zu finden, und zwar im Bereich der gewundenen Harnkanälchen. In ihrer Form entsprachen sie ganz den Schilderungen ihrer Entdecker. Selten waren deutlich enggewundene Formen, mehr an die Spirochaete pallida anklingend, weit häufiger Exemplare mit flachen Windungen, mit Unregelmäßigkeiten und mit Verdickungen, besonders an den Enden, die der Spirochäte den Beinamen nodosa eingebracht haben. Sah Beitzke in seinen Spirochätenbefunden trotz ihrer Spärlichkeit einen Hinweis auf die ätiologische Bedeutung der Spirochäte, so ergänzen Verfassers zahlreicheren Befunde dies. Der Nachweis in den Organen selbst spricht entschieden zugunsten der Auffassung, daß hier der spezifische Erreger vorliegt. Der Befund der Spirochäten in Leber, Niere, Muskel (Beitzke), Nebennieren (bei Tieren) spricht entschieden dafür, daß die Weilsche Krankheit eine Allgemeininfektion, nicht eine primäre Erkrankung etwa der Leber darstellt.

Dr. **Eugen Csernel**, Dr. **Alexander Furka**, Dr. **Sigmund Gerloczy** und Dr. **Karl Kaiser: Ueber die Vakzinetherapie der Variola.** (Wiener klin. Wochenschr., 1916, No. 22.)

Das Gelingen der Jennerschen Impfung hängt von vielen Verhältnissen ab, wie z. B. von der Virulenz, vom Alter, von der Herkunft, Behandlung usw. des Impfmittels, woraus die Tatsache resultiert, daß auch die besten Vakzinen nur in 60 bis 80 Proz. der Fälle angehen. Die subkutanen oder intravenösen Impfungen haben keine solchen Nachteile (man kann auch mit getötetem Virus arbeiten); die Technik der Injektion kann auch nicht verfehlt werden. Die mit Glyzerin gemengte, zur Jennerschen Impfung gebrauchte Kalbslymphe enthält immer Kokken. Man müßte sich also ein solches Impfmittel verschaffen, welches lebendes Vakzinevirus enthält, aber sonst von Bakterien frei ist. Dies könnte leicht erreicht werden. Das Vakzinevirus ist gegen einige Desinfektionsmittel sehr widerstandsfähig. So hat Fornet gefunden, daß die Zugabe von Aether die begleitenden Bakterien tötet. Der Nachteil dieses Vorgehens aber ist, daß der Aether nach Verlauf von ein bis zwei Wochen auch das Vakzinevirus schädigt, nach Gins sogar innerhalb 24 Stunden. Abgesehen hiervon verursacht die Aetherlymphe, intravenös appliziert, Temperatursteigerung. Clintock beobachtete, daß Karbol und die Kresole auf das Vakzinevirus kaum eine desinfizierende Wirkung ausüben. Friedberger und Jamamoto haben diese Frage gründlich untersucht und gefunden, daß das 1 proz. Karbol, welches die widerstandsfähigen Staphylokokken in 90 Minuten tötet, auf das Vakzinevirus keine Wirkung ausübt. Auf Grund dieser Untersuchungen entstand die „japanische Art" der Bereitung der Kalbslymphe, und zwar die Benutzung von 1 proz. Karbol bei Vermischung der Lymphe zur Kutanimpfung, damit die komplizierenden Infektionen vermieden werden. Diese Art der Bereitung fanden die Verfasser am geeignetsten für subkutane und intravenöse Impfungen. Die Kalbslymphe wurde in einem Mörser zermahlen und mit physiologischem Kochsalzwasser (1:5) verdünnt, durch Gaze filtriert, worauf die Verfasser eine von gröberen Teilen befreite, trübe Flüssigkeit erhielten. Dieser wurde so viel einer 5 proz. Karbollösung zugesetzt, daß sie 1 Proz. Karbol enthält; dann wurde die Vakzine auf 24 Stunden an einen kühlen Ort gestellt. Hiernach überzeugte man sich durch Ausstrichkulturen auf Agar von der stattgefundenen Abtötung der Kokken. Nachher wurde die Vakzine mit Kochsalzwasser auf das Doppelte verdünnt (0,5 Proz. Karbolinhalt) und in den Eiskasten gestellt. Die Verff. teilen 6 Krankengeschichten mit, die die am Krankenbette erhaltenen Resultate mit dieser Vakzine zeigen. Statt Kalbslymphe haben sie auch mit menschlichem Blatterninhalt ähnliche Versuche angestellt, der aber gegenüber der Kalbslymphe keinen besonderen Vorteil bietet. Die auf die angegebene Art hergestellte Vakzine bereitet bei Variolakranken, subkutan oder intravenös gegeben, keinerlei Unannehmlichkeiten; nach der Vakzination zeigt sich weder eine lokale, noch eine allgemeine Reaktion. Die Impfung verkürzt den Ablauf der Variola. Bei stark verfallenen Kranken, bei welchen die Vakzinewirkung infolge Zeitmangels sich nicht entwickeln kann, ist die Impfung erfolglos, ohne daß ein schädlicher Einfluß konstatierbar wäre.

[1] Rad. curcumae verhindert die Zersetzung des Höllensteins durch Licht und kommt nur bei längerer Aufbewahrung der Masse in Frage.

G. Klemperer: Solarson, ein wasserlösliches Arsenpräparat aus der Elarsongruppe. (Die Therapie der Gegenwart, Januar 1916.)

Solarson ist das Mono-Ammoniumsalz der Heptinchlorarsinsäure. Es ist ein wasserlösliches Arsenpräparat aus der Elarsongruppe, welches die Elberfelder Farbenfabriken Bayer u. Co. dargestellt haben. Es tritt an Stelle des von Emil Fischer dargestellten und von K. vor 3 Jahren in den Arzneischatz eingeführten Elarson, dem der Uebelstand anhaftete, daß es nicht wasserlöslich war. Die von K. verwendete wässerige Solarsonlösung enthält 1 Proz. der Heptinchlorarsinsäure in ammoniakalischer phenolphthalein-neutraler Lösung, welche zum Zweck vollkommener Reizlosigkeit mit 0,7 Proz. Kochsalz gerade isotonisch gemacht ist. Diese Lösung läßt sich unzersetzt aufbewahren, auch nach 10 stündigem Erhitzen auf 60 Grad tritt keine Arsenabspaltung ein. Verf. hat nun die 1 prozentige Solarsonlösung in langsam steigenden Mengen beim Menschen angewandt. Zur systematischen Arsenkur bewährt sich die tägliche subkutane Injektion von 1 ccm der 1 prozentigen Lösung. Gewöhnlich hat Verf. diese Injektion an 10 bis 12 Tagen hintereinander gemacht und nach einer Pause von acht Tagen diese Injektionen ebenso oft wiederholt. Die Elberfelder Farbenfabriken haben zu diesem Zwecke das Solarson in sterilisierten Ampullen zur Verfügung gestellt. Um die Verträglichkeit des neuen Präparates außer Zweifel zu stellen, hat Verf. es an sich selbst ausprobiert und kann den Injektionen vollkommene Schmerzlosigkeit und das Fehlen jeder Nebenwirkung bezeugen. Der Beweis typischer Arsenwirkung durch das Solarson wurde durch die Beeinflussung mehrerer Fälle von perniziöser Anämie erbracht. Diese Wirkungen sind so augenfällig, daß darnach an der typischen Arsenwirkung des Solarsons ein Zweifel nicht möglich ist. Die Indikationen für die Anwendung des Solarson waren dieselben, welche für den Gebrauch des Elarson maßgebend waren: sekundäre Anämie, Appetitlosigkeit, allgemeine Schwächezustände, Zustände von Neurasthenie, Neuralgien, Basedowsche Krankheit, Chorea. Verf. darf aus seinen Erfahrungen schließen, daß durch Injektion von Solarson objektiv die Zahl der Blutkörperchen bei schweren Anämien und Kachexien vermehrt wird und daß perniziöse Anämie durch dieses Mittel wenigstens zur zeitweisen relativen Heilung gebracht werden kann. Solarsoninjektionen tragen ferner zur objektiv nachweisbaren Gewichtszunahme abgemagerter Menschen bei, und können choreatische Zuckungen zum Verschwinden bringen. Neben dieser objektiven Wirkung erzielten Solarsoninjektionen sehr erfreuliche subjektive Besserungen in zahlreichen Fällen von neurasthenischen Beschwerden und verschafften vielen nervösen Menschen erwünschte Hebung ihres Kraftgefühls und ihrer Leistungsfähigkeit.

Fr. Thurner und **Fr. Th. Münzer**, Assistenten am Prager Handelsspital: **Ueber Carbovent, eine neue Tierkohle.** (Die Therapie der Gegenwart, Januar 1916.)

Die Tierkohle findet sich schon im Arzneimittelschatze der alten Aerzte vielfach empfohlen und verwendet; sogar der Unterschied zwischen Pflanzen- und Tierkohle war bekannt. In der Folge geriet sie in Vergessenheit. In letzter Zeit ist sie nun wieder dem Arzneimittelschatz einverleibt und die ausgezeichnet bindende Kraft dieses Körpers gegenüber Giftstoffen aller Art erwiesen worden. Ein ganz besonderes Verdienst hat sich auf diesem Gebiete W. Wiechowski erworben; er hat die physikalisch-chemischen Eigenschaften der Kohle in allen ihren Bedingungen genau studiert und in emsigster Arbeit die Darstellungsweise der Tierkohle derart ausgebildet, daß die nach seinen Angaben hergestellte Kohle bei größter Reinheit stärkste adsorptive Fähigkeit besitzt. Der österreichische Verein für chemische und metallurgische Produktion in Aussig stellte den Verff. nun eine Kohle, Carbovent, zur Verfügung, die im Gegensatz zu einer Reihe von ihnen untersuchten, anderen Kohlenarten den von Wiechowski aufgestellten Anforderungen an eine gute Tierkohle vollkommen entspricht, wie die Untersuchungen der Verff. ergaben. Sie stellten die diesbezüglichen Versuche mit Carbovent bei 20 zum Teil gesunden, zum Teil magen-, darm- und nierenkranken Individuen an, überall mit dem gleichen negativen Resultat, das heißt, es ging kein Farbstoff in den Harn über; der Harn blieb vollkommen normal gefärbt. Die ausgezeichnete entgiftende Wirksamkeit der Tierkohle im menschlichen Organismus gegenüber per os eingeführten Giften (Phosphor, Arsen usw.) hat der Mitarbeiter Wiechowskis, O. Adler, bereits erwiesen. Daß die Kohle auch bei den vom Darm ausgehenden Infektionen Bedeutung besitzt, haben vielfache Beobachtungen gerade des letzten Jahres gezeigt. Den Verff. schien es speziell, als wenn bei typhösen Prozessen der Verlauf der Erkrankung unter der Darreichung der Kohle sich milder gestaltete, jedenfalls trat stets eine auffallende Reinigung der Mund- und Zungenschleimhaut ein. Die Verff. ließen bei dieser Erkrankung zwei bis drei Eßlöffel Kohle in ½ Liter Wasser pro Tag nehmen. Bei Ruhr kann ein Erfolg nur erwartet werden, wenn gleichzeitig alle anderen nötigen Anordnungen getroffen werden, das heißt Zufuhr entsprechender Nahrung, also anfangs strengste Diät, womöglich nur Flüssigkeitszufuhr, später Kohlehydrate — um den Dickdarm, in dem sich der Krankheitsprozeß zunächst abspielt, zu schonen —, Wärmezufuhr zum Körper und endlich bei schwereren Fällen Injektion von Dysenterieserum. Wenn daneben gleichzeitig Kohle in entsprechender Weise dargereicht wird, wird sie auch bei Ruhr ihren segensreichen Einfluß zeigen. Bezüglich der Cholera besitzen die Verff. keine eigenen Erfahrungen, doch wird gerade hier von vielen Autoren über ausgezeichnete Wirkung der Tierkohle berichtet.

Prof. Dr. **A. Bickel** (Berlin): **Ueber das physiologische Verhalten des Perglyzerins und Perkaglyzerins.** (Berl. klin. Wochenschr., 1916, No. 19.)

Nach B. ist das Glyzerinersatzmittel „Perglyzerin" dem Glyzerin in seinen physikalischen Eigenschaften täuschend ähnlich. Obschon chemisch abweichend vom Glyzerin, wenn ihm auch verwandt, erweist sich die Viskosität des neuen Stoffes, seine Fähigkeit, den Gefrierpunkt des Wassers durch Zusatz zu demselben herabzudrücken, zeigen sich seine hauptsächlichsten physiologischen Wirkungen so überaus analog denjenigen des Glyzerins, ja übertreffen sie in vieler Hinsicht, daß man über die Möglichkeit einer ausgedehnten praktischen Verwendung des Perglyzerins nicht im Zweifel sein kann. Nach Binz bewirkt die Anwendung des unverdünnten wasserfreien Glyzerins z. B. auf das Innere der Gebärmutter heftige Reizung, Uebergang ins Blut, Zerstörung der roten Blutkörperchen und Nephritis. Es war daher wünschenswert, festzustellen, ob nach der einmaligen intragastralen Einverleibung einer größeren Menge von Perglyzerin sich Nieren- und Harnveränderungen einstellen. Aus einem Versuch am Hunde ergibt sich, daß das Perglyzerin auch nach einer zweimaligen größeren internen Gabe keine Vergiftungserscheinungen und keine Nierenreizung hervorruft. Verf. untersuchte ferner die Frage der Reizwirkung auf die Schleimhaut des Darmes an Hunden. Aus diesen Versuchen ergibt sich, daß bei gleichem Wassergehalt der Präparate die Reizwirkung auf die Schleimhaut und besonders der Flüssigkeitserguß aus der Schleimhaut in das Darmlumen beim Perglyzerin stärker ist, als bei gewöhnlichem Glyzerin. Da auch bei gleichem Wassergehalt die Perglyzerinlösung noch immer dickflüssiger ist als die Glyzerinlösung, so wird man bei der therapeutischen Anwendung des Perglyzerins auf den Darm zweckmäßig mit größeren wässerigen Verdünnungen arbeiten, als man es beim gewöhnlichen Glyzerin zu tun gewohnt ist, und es ist unzweifelhaft, daß man mit entsprechend verdünntem Perglyzerin jeweils dieselben Wirkungen, wie mit entsprechend stärker konzentriertem echten Glyzerin erhalten wird. Endlich wurde die abführende Wirkung des Perglyzerins mit der des Glyzerins bei gleichem Wassergehalt und gleicher Dosierung beider Präparate in einer Versuchsserie verglichen. Aus diesen Versuchen ergibt sich, daß Glyzerin und Perglyzerin bei gleicher Dosierung in gleicher Weise prompt abführend wirken. — Neuerdings wird von der Fabrik, die das Perglyzerin darstellt, auch eine Abart des Perglyzerins, das Perkaglyzerin, in den Handel gebracht. Beide Substanzen stehen einander sehr nahe, doch ist das Perkaglyzerin noch schlüpfriger und weicher als das Perglyzerin.

Dr. **R. Kothe** (Gotha): **Zur Indikation und Technik des Kaiserschnittes.** (Die Therapie der Gegenwart, April 1916.)

Verf. ist es hauptsächlich darum zu tun, nachzuweisen, daß mit jeder Methode gute Erfolge erzielt werden können, auch wenn es sich um infizierte Fälle handelt. Es liegt ihm fern, das extraperitoneale Verfahren grundsätzlich zu verwerfen, doch glaubt er, daß es sich nur für Frauenkliniken eignet, wo in der Hand besonders geübter Spezialisten zweifellos ausgezeichnete Ergebnisse damit erzielt werden können. Im übrigen aber stimmt Verf. Hofmeier bei, wenn er sagt, daß dem einfacheren Verfahren der Vorzug gegeben werden muß, vorausgesetzt, daß man damit die gleichen Resultate erlangt. Ob der klassische Kaiserschnitt dem cervicalen Schnittverfahren gleichwertig ist, wird die Zukunft entscheiden. Nach Verfs. Ansicht ist kein Grund vorhanden, den klassischen Kaiserschnitt bei infizierten Fällen auszuschließen. Unbedingt beipflichten möchte Verf. der von Küstner, Döderlein, Hofmeier und anderen vertretenen Anschauung, daß der Kaiserschnitt, welches Verfahren man auch anwendet, nicht im Privathaus ausgeführt werden darf, sondern unter allen Umständen in die Klinik gehört. Die im Vergleich zu früheren Erfahrungen glänzenden Erfolge der neuesten Zeit verlangen, daß die Stellung des Kaiserschnittes in der geburtshilflichen Therapie grundsätzlich geändert werden muß. Der Kaiserschnitt darf nicht mehr wie früher als Ultimum refugium betrachtet werden, das nur dann in Betracht kommt, wenn nach übermäßig langem Kreißen die Unmöglichkeit der Geburt auf natürlichem Wege sich herausgestellt hat, das Fruchtwasser

längst abgeflossen und die Eihöhle schwer keimbesiedelt ist. Dann kann es vorkommen, daß die Patientin bereits so schwer infiziert ist, daß kein Entbindungsverfahren sie mehr retten kann. Wenn es erst gelungen ist, hier gründlich Wandel zu schaffen, dem Kaiserschnitt den Begriff einer schrecklichen und gefährlichen Operation zu nehmen und ihn als „Frühoperation" auszuführen, dann werden wir mit jeder Methode gute Erfolge erzielen. Kr.

III. Verhandlungen ärztlicher Gesellschaften.

Kriegstagung der Ungar. Ophthalmologischen Gesellschaft in Budapest am 11. u. 12. Juni 1916.

Der vierte Verhandlungsgegenstand betraf die
„Augenverletzungen im Kriege".

Prof. **Krückmann** (Berlin) sprach über **gleichzeitige Verwundungen der Augen und Kieferhöhlen.** Bei Brüchen des Oberkiefers und der Augenhöhle findet sich gelegentlich die Fortsetzung eines Knochenrisses in die hintere Stirnhöhlenwand. Auch wenn die Schleimhaut hierbei intakt bleibt, ist bei anschließenden operativen Eingriffen in der Stirnhöhle eine Eröffnung der kleinen Narbe und somit eine Meningitis möglich, zumal der Knochenriß zunächst bindegewebig und nicht kallös heilt. Spätere, d. h. sekundär auftretende Entzündungen der Stirnhöhle sind daher in den ersten 3 Monaten nach der Verletzung möglichst konservativ zu behandeln. Bei größeren Wunden zwischen der Augenhöhle, der Nase und dem Gaumen hat es sich als zweckmäßig erwiesen, mit zahnärztlicher Hilfe durch einen Bolzen oder Zapfen den Geschoßtunnel provisorisch zu verstopfen. Die Kranken erholen sich dann schnell, weil sie bald wieder kauen, schlucken und sprechen können. Die unblutige Lockerung von entstellenden Gesichtsnarben bei Oberkieferdefekten ist bis jetzt nicht gelungen. Unter Mitwirkung von Prof. Klapp wurden vom Vortragenden kleine Faszienstücke aus dem Oberschenkel eingebracht, um eine Gesichtsmodellierung und beim Fehlen des Unterlides das Tragen des künstlichen Auges zu ermöglichen. Zum Schluß erwähnt K., daß bei Oberkieferverletzungen zuweilen ein Empyem auftritt, besonders dann, wenn sich eine Zahninfektion eingestellt hat. — Prof. **Adam** (Berlin) spricht über die **Mechanik und Wirkung orbitaler Querschußverletzungen.** Die zahlreichen Zerreißungen der Aderhaut und Netzhaut, die gleichzeitig mit Blutungen bei diesen Verletzungen beobachtet werden, die in manchen Fällen eintretende Abreißung des Sehnervs usw. erklären sich nach Vortragendem restlos durch die Sprengwirkung des Geschosses. — Prof. **E. Hertel** (Straßburg i. Elsaß) spricht über **Sektionsbefunde** bei Augenkriegsverletzungen. Es kam in 27 Prozent der Fälle zur Sektion der Augen. Vortragender zeigt Präparate, welche die Schwere der Verletzungen bei großen und kleinen Projektilen erkennen lassen. Es waren sogar Granatsplitter von 0,2 mg bis in die hintere Augenwand eingedrungen und hatten ausgedehnte Läsionen veranlaßt. Die Angriffsstelle bei den Kriegsverletzungen liegt viel häufiger als bei den Friedensverletzungen in der Sklera, besonders im hinteren Abschnitt, daher die große Zahl der direkten skleralen Rupturen, direkten Aderhaut- und Netzhautrupturen ohne Sklerariß. Zahlreich waren die Doppelperforationen. Von intraokularen Granatsplittern waren oft mehrere eingedrungen, auch Holz, Stroh und andere kleinere Fremdkörper waren mitgerissen. Bei Verletzungen durch Glas, Steine, Kupfersplitter fanden sich ebenfalls öfters mehrere Splitter. Was die Infektionen anlangt, so wurde Subtilisinfektion öfters angetroffen, einmal Tetanusinfektion, einmal sympathische Ophthalmie. — Prof. **L. v. Blaskovics** (Budapest) sprach über **Operation des traumatischen Lidkoloboms,** Privatdozent **J. v. Inne (jun.)** (Budapest) über **plastische Operationen an den Augenlidern und in der Umgebung des Auges nach Kriegsverletzungen.** Beide Vorträge haben rein spezialistisches Interesse.

In der sich an die Vorträge anschließenden Erörterung weist Privatdozent **Löwenstein** (Prag) auf die große Zahl von Augenverletzten hin, bei denen zugleich Schädelverletzungen bestehen. Viele dieser Fälle kommen zunächst nicht in augenärztliche Behandlung. L. hält deshalb die schleunigste Errichtung mobiler okulistischer Stationen an der Front für wünschenswert, damit den Augenverletzten sachgemäße Hilfe zu einer Zeit zu teil werden kann, in der sie noch von Wert ist. — Reg.-Arzt **Rosenhauch** (Krakau) stellt den Antrag: Der Kongreß möge den Beschluß fassen, Augenverletzte so schnell als möglich einem Spezialisten zur Behandlung zu übergeben. — Prof. **Lewinsohn** (Berlin) weist darauf hin, daß in solchen Fällen, bei denen die Zerstörung den Augapfel und seine weitere Umgebung getroffen hat, oft nichts anderes übrig bleibt, als den Defekt durch eine Prothese auszufüllen. Derartige Prothesen werden am Brillengestell befestigt. L. demonstriert einige von Müller-Uri (Berlin) aus Holz verfertigten Prothesen. Man sollte nach L. überall da, wo die Herstellung des Bindehautsackes auf größere Schwierigkeiten stößt und der Erfolg der chirurgischen Behandlung unsicher ist, ferner überall da, wo die Augenhöhle sehr tief liegt resp. durch Narbenzug seitlich verlagert ist, auf jeden größeren operativen Eingriff verzichten und lieber gleich das Tragen derartiger Prothesen in Vorschlag bringen. Auf diese Weise werden viel unnötige Kosten und Arbeit erspart. — Stabsarzt Privatdozent **Ad. Gutmann** (Berlin) verbreitet sich eingehender auf Grund seiner Erfahrungen über die Beziehungen zwischen Oberkiefer- und Augenverletzungen. — Stabsarzt Dr. **Lauber** (Wien) hat in 2 Fällen ein Infanteriegeschoß aus der Augenhöhle entfernt, wobei sowohl das Auge wie auch der ganze Muskel- und Nervapparat intakt blieb. — Prof. **K. Majewski** (Krakau): Bei Schrumpfung resp. vollständiger Verwachsung der Augenhöhle nach Schußwunden oder nach anderen Kriegsverletzungen oder nach nicht lege artis ausgeführten Enukleationen löst M. mit einem Messerschnitt beide angewachsenen Lider, sofern diese noch existieren, und bildet dadurch eine Lidspalte von normaler Länge. Danach schneidet er von dem die Orbitalhöhle füllenden Narbengewebe soviel wie nötig aus, um einen genügenden Raum für die Augenprothese zu schaffen. Ohne mit irgendetwas die Wundfläche zu bedecken, wird sodann in das breit ausgehöhlte Kavum eine frisch ausgekochte Augenprothese hineingezwängt. Darauf kommt ein Spiritusverband. Derselbe muß täglich gewechselt werden, wobei die Prothese jedesmal herausgenommen und nach Ausspülung der Höhle wieder eingelegt wird. Dies Verfahren hat sich in einigen Fällen als zweckmäßig und erfolgreich erwiesen, obschon es wenig den allgemeinen chirurgischen Grundsätzen entspricht. — Gen.-Stabsarzt **Arnstein** hält einen Beschluß, daß die Augenverletzungen möglichst rasch der Behandlung zuzuführen sind, für überflüssig, da hierüber schon Bestimmungen bestehen und auch befolgt werden. So bekommt seine Augenstation die Fälle schon nach 3—10 Stunden. Die primäre Behandlung zerschmetterter Augäpfel besteht im Feldspital und am Verbandplatz hauptsächlich in der Toilette der Wunde. Aber auch die Entfernung des Augapfels ist durchaus angezeigt und notwendig, denn ein blinder Stumpf bleibt stets eine Gefahr.

R. L.

IV. Tagesgeschichte.

Standesangelegenheiten, Medizinal-Gesetzgebung, soziale Medizin etc.

Berlin. Der Minister des Innern hat die Oberpräsidenten in einer Verfügung vom 29. Juli aufgefordert, dahin zu wirken, daß die bestehenden **Auskunfts- und Fürsorgestellen für Lungenkranke** mit Rücksicht auf das infolge des Krieges voraussichtlich zu erwartende Ansteigen der Tuberkulose und die dadurch bedingte Gefährdung der Kinder ihren Betrieb voll aufrechterhalten. Auch soll in Anregung gebracht werden, daß, soweit es in der jetzigen Kriegszeit durchführbar ist, womöglich in allen Kreisen und kreisfreien Städten derartige Fürsorgestellen errichtet werden. Sollten in dem einen oder anderen Fall die vorhandenen Mittel bei sparsamer Wirtschaftsführung nicht ausreichen, so sind das Deutsche Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose, Berlin, Linkstraße 29, und die Abteilung X des Zentralkomitees vom Roten Kreuz, Tuberkuloseausschuß, Berlin, Leipziger Platz 13, bereit, auf gehörig begründeten Antrag einen Zuschuß zu gewähren.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Halle a. S. Kapitän Paul König, der Führer des ersten deutschen Handels-Tauchbootes „Deutschland", das u. a. eine Ladung chemisch-pharmazeutischer Erzeugnisse nach Amerika brachte, ist aus Anlaß seiner glücklichen Heimkehr von der hiesigen medizinischen Fakultät zum Ehrendoktor ernannt worden. Dr. med. h. c. Paul König ist ehemaliger Zögling der hiesigen Franckeschen Stiftungen.

Greifswald. Von der medizinischen Fakultät wurde der Bürgermeister Dr. Gerding wegen seiner Verdienste um das Gesundheitswesen der Stadt Greifswald zum Ehrendoktor ernannt.

Rostock. Als Nachfolger des ins mecklenburgische Ministerium berufenen Prof. Dr. Ludwig Pfeiffer ist dem außerordentlichen Professor der Hygiene Dr. Theodor v. Wasielewski in Heidelberg das hiesige Ordinariat der Hygiene übertragen worden.

Würzburg. Der außerordentliche Professor der Medizin Dr. Melchior Faulhaber, Dozent der Röntgenologie an der hiesigen Universität, ist im Alter von 43 Jahren gestorben.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: San.-Rat Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil S. Caspari, Berlin-Schöneberg.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW. 68, Alexandrinenstraße 110.

85. Jahrgang **Berlin, 9. September 1916** **No. 37**

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen,
Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7 a — Fernsprecher Steinplatz 105 56

85. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W. 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Behandlung der Diphtherie mit Myrrhentinktur.

Von Dr. **Ströll** (München).

Seit 1892, somit 24 Jahre, behandle ich erfolgreich die Diphtherie mit Myrrhentinktur, und da ich jetzt über 190 Fälle (mit nur 3 Todesfällen) verfüge, so glaube ich diese Behandlung in Erinnerung bringen zu dürfen. Sie besteht in innerlicher Darreichung von 4 proz. Myrrhentinkturlösung und in Inhalationen von 0,1 proz. Thymollösung. Meine Verordnung lautet:

Rp. Tinct. Myrrh.
Glycerin. . . . āā 8,0
Aqu. dest. . . . ad 200,0
S. Nach Bericht.

Davon gibt man den Kindern in den ersten zwei Lebensjahren 1 Kaffeelöffel (5,0), größeren Kindern bis zum 15. Jahre 1 Kinderlöffel (10,0), nach dem 15. Lebensjahre und Erwachsenen 1 Eßlöffel (15,0). Die Arznei wird bei Tage einstündlich und bei Nacht zweistündlich gegeben und darf nachts ja nicht ausgesetzt werden, bevor nicht bedeutender Schwund des Belages eingetreten ist.

Zur Inhalation, welche nur tagsüber einstündlich vorzunehmen ist, und bei Nacht nur in sehr schweren Fällen und bei Kehlkopf-Diphtherie zweistündlich nötig ist, diene folgende Lösung:

Rp. Thymol 0,5
Alkohol. absolut. . . . 5,0
Aqu. dest. tepid. . . ad 500,0
S. Zum Inhalieren.

Die Ablösung des Belages beginnt nach 36 bis spätestens 72 Stunden. Hat der Belag sehr bedeutend abgenommen, so ist seltener (zwei- bis dreistündlich) zu inhalieren.

Der Erfolg der Myrrhentinktur besteht in der Hervorrufung einer Leukozytose, wodurch dann der Organismus in der Lage ist, wirksamer gegen die Diphtheriepilze und deren Toxine anzukämpfen.

II. Referate.

Dr. **Eugenie Steckelmacher** (Heidelberg): **Ueber die Behandlung von Durchfällen bei Kindern mit basisch gerbsaurem Kalk.** (Die Therapie der Gegenwart, April 1916.)

Verf. hat das basisch gerbsaure Calcium in einer größeren Reihe von Fällen (36) erprobt. Dosierung: Bei Säuglingen 1—2 g, bei älteren Kindern bis 2,5 g pro die. Das Präparat wurde durchweg anstandslos eingenommen und erwies sich bei obiger Dosierung als völlig unschädlich. Verf. verabreichte es in Pulverform (meist pulverisierte Tabletten zu 0,5 g), der flüssigen oder breiigen Nahrung beigemischt. Zur richtigen Beurteilung der Wirksamkeit des Mittels war es geboten, mit der Medikation womöglich keine spezielle diätetische Behandlung konkurrieren zu lassen. Es wurde daher das basisch gerbsaure Calcium dyspeptischen Säuglingen ohne Koständerung, meist unter Beibehaltung der üblichen Halbmilch-Schleimnahrung verabreicht. Der Effekt war in den meisten Fällen ein sehr prompter. Zuweilen erschien selbst bei länger dauernden, hartnäckigen, schleimigen Diarrhöen der Säuglinge schon nach wenigen Tagen normaler Stuhl mit nachfolgender Gewichtszunahme, zuweilen ließ der Erfolg etwas längere Zeit auf sich warten. Ausgezeichnet reagierten einige parenterale und Entwöhnungsdyspepsien von Brustkindern. Bei schweren akuten Brechdurchfällen (sogen. alimentäre Intoxikation) wurde die Anwendung des Medikaments vermieden, weil sich hier das therapeutische Handeln der Verf. in festgelegten Bahnen bewegt. Hingegen hatte Verf. bei Kindern jenseits des ersten Lebensjahres öfters Gelegenheit, die günstige Wirkung von basisch gerbsaurem Calcium zu beobachten. Manchmal zeigte sich hier eine direkte Abhängigkeit der Stuhlbildung und Stuhlbeschaffenheit von der Verabreichung des basisch gerbsauren Calciums insofern, als sich nach Aussetzen der Therapie Rückfälle einstellten, die nach neuerlicher basisch gerbsaurer Calciummedikation sofort wieder behoben werden konnten. Diese Fälle betrafen sogenannte parenterale Dyspepsien bei Bronchialdrüsentuberkulose, Grippe und Cystopyelitis. Bei vier Kindern (1.—3. Lebensjahr), deren Durchfälle trotz der üblichen Diät — eiweißreiche, aber kohlehydratarme Kost — nicht merklich beeinflußt wurden, erschienen nach kurzer Verabreichung von basisch gerbsaurem Calcium geformte Stühle. Ebenso prompt und nachhaltig war das Ergebnis in zwei Fällen von Colica mucosa. Mißerfolge hatte Verf. nur bei einem viermonatigen, akut-dyseptisch erkrankten Atrophiker.

Hofrat Dr. **Stepp** (Nürnberg): **Ueber die Grippe.** (Medizin. Klinik, 1915, No. 49.)

Es ist auffallend, sagt Verf., daß ein wohlumschriebenes Krankheitsbild, welches die Grippe darstellt, in den heutigen Lehrbüchern und Sammelwerken kaum erwähnt, und wenn, mit der Influenza identifiziert wird. Und doch war die Grippe früher als selbständige, eigentümliche Krankheit sehr wohl bekannt, noch ehe die Influenza vor 26 Jahren ihren Zug durch Europa von Osten her begann. Durch diesen Umstand ging die Grippe in die Influenza auf, und die Kenntnis der ersteren ging der Aerzteschaft völlig verloren. Da Verf. nun über eine Anzahl von Erkrankungen an Grippe verfügt, teilt er seine Wahrnehmungen in Kürze mit. Die Krankheit beginnt in der Regel mit einer Koryza und mit Hals- und Schluckbeschwerden. Der Rachen und die Gaumenbögen sind gerötet und die Schleimhaut ist gelockert und etwas geschwollen, eine Angina im wahren Sinne des Wortes besteht aber nicht. Nun macht sich Hustenreiz geltend, der nicht allein vom Rachen, sondern

auch von der nun beginnenden Tracheitis ausgelöst wird. Das herausbeförderte Sekret ist glasig-schleimig, zähe, wandelt sich aber bald um in sehr reichliche eitrige münzförmige Sputa, welche in Wasser nicht zu Boden sinken und der Wand des Napfes zäh anhaften. Die Atmung wird nun, besonders bei geringer Anstrengung, erschwert durch das Fortschreiten des Katarrhes auf die Bronchialverzweigungen. Die Untersuchung ergibt Rasselgeräusche aller Arten, und der Husten raubt die Nachtruhe. Oft läßt sich eine schwache Dämpfung durch zirkumskripte Pneumonie oder durch atelektatische Stellen — auf der Liegeseite —, öfter auch ein mäßiger, pleuritischer Erguß nachweisen. Die Brusterscheinungen dauern zwei bis drei Wochen und mildern sich allmählich. Bemerkenswert erscheint die langbestehende Benommenheit des Kopfes und der Stirnkopfschmerz, höchstwahrscheinlich durch seröse Meningealreizung beziehungsweise durch Stirnhöhlenkatarrh bedingt. Die Temperaturen sind zumeist nicht hoch, 37,8 bis 38,3, bei Komplikationen aber auch höher, bis 39,0. Der Puls ist ruhig, normal, nur hin und wieder beschleunigt. Der Appetit läßt in den meisten Fällen nichts zu wünschen übrig. Aber gleichwohl ist die Abmagerung oft beträchtlich, und eine Hinfälligkeit nach Verlassen des Bettes macht sich längere Zeit geltend. Wenn nun auch die Differentialdiagnose zwischen der vereinzelt noch auftretenden Influenza und der Grippe noch Schwierigkeiten machen kann, so gibt sehr oft eine Gabe Salipyrin Aufschluß. Im Beginn gegeben, tritt bei der ersteren meist sofort Besserung ein, während bei der Grippe der Erfolg ausbleibt. Die Prognose ist bei Erwachsenen und älteren Kindern fast durchweg günstig. Die Behandlung hat sich nach den einzelnen Erscheinungen zu richten. Lösende Mittel, Inhalationsapparat kommen in Frage. Chinin, bei Kindern Euchinin, bewähren sich im ganzen recht gut.

Oberarzt Dr. **Ernst v. Klebelsberg**, zugeteilt einem Feldspital: **Ueber Nephritis im Felde.** (Medizin. Klinik, 1916, No. 30.)

Verf. berichtet über die Nephritiker, die er während der Wintermonate im Feldspital behandelte. Die Kranken gaben an, schon längere Zeit an Mattigkeit, Kopfschmerzen eventuell dumpfen Schmerzen im Rücken, Appetitlosigkeit zu leiden. Langsam entwickelten sich dann Oedeme am Rücken, Gesicht, an Händen und Füßen, welche zum Teil wieder zurückgingen, meistens aber an Stärke immer mehr zunahmen. Unter Umständen gesellte sich Atemnot und Herzklopfen hinzu; leichte Temperatursteigerung war dabei keine Seltenheit. Manchmal fiel dem Manne selbst eine Verminderung der ausgeschiedenen Harnmenge auf. Von ca. 25 Proz. der Kranken wurden Beschwerden beim Urinieren, häufige Miktionen angegeben. Andererseits trat die Erkrankung mehr oder weniger plötzlich auf. In diesem Falle wurde meist eine vorangegangene starke Erkältung resp. Durchnässung angegeben. Bei 28 Proz. bewegte sich die Temperatur um 37,0, während sie bei 12 Proz. über 38,0 stieg. Die Ursachen der Erkrankung waren sehr verschieden. Oedeme konnten in drei Viertel der Fälle nachgewiesen werden und gingen im allgemeinen ziemlich rasch zurück bis auf einig schwere Fälle, bei welchen die Schwellung längere Zeit, bis zwei Monate dauerte. Veränderungen im Herzen und Kreislaufapparat waren recht selten zu konstatieren. Sehr häufig findet sich in den Krankengeschichten Bronchitis vermerkt. Bei manchen Kranken bestanden heftige Gliederschmerzen. Die Therapie war fast nur eine diätetische. Die Diät war den Verhältnissen angepaßt. Da Milch nicht in übergroßer Menge vorhanden war, mußten Reis, Kartoffeln und sonstige Gemüse zur Deckung des Kalorienbedarfs herangezogen werden. Auf diese Weise war es auch möglich, die Kranken bei Appetit zu erhalten, was bei der ausschließlichen Milch- und Reisbehandlung oft auf Schwierigkeiten stößt. Schokolade, Zucker, Marmelade sind sehr erwünscht, einerseits als Geschmackskorrigentien, andererseits wegen ihres Nährwertes. War eine merkliche Besserung zu konstatieren, so wurde auch wöchentlich ein- bis zweimal Rindfleisch erlaubt. Fleischsuppe war aus dem Speisezettel prinzipiell gestrichen. Verf. legte Wert darauf, daß die Nahrungsmittel möglichst NaCl-arm gegeben wurden. Als Getränk stand Teeaufguß und Mineralwasser zur Verfügung. Ueble Zufälle sah Verf. bei dieser Form der Diät niemals. Geradezu vorzügliche Resultate zeitigte bei urämischen Patienten die Venaesectio. Sie wurde im ganzen bei 8 Proz. der Fälle ausgeführt. Die Erfolge der Venaesectio stehen denen der Dekapsulation der Nieren nicht nach. — Im allgemeinen war Verf. mit den therapeutischen Erfolgen recht zufrieden. Todesfälle hatte er im ganzen drei.

Dr. **Theodor Sachs**, Spezialarzt für Hautkrankheiten in Frankfurt a. M.: **Die Behandlung des Ulcus molle und anderer Genitalgeschwüre mit Jodtinktur.** (Berl. klin. Wochenschr., 1916, No. 27.)

Eine sehr unangenehme Eigenschaft des Ulcus molle ist seine Neigung, Abklatschgeschwüre zu bilden. Die übliche Behandlung mit Acid. carbol. liquefact. ist in sehr vielen Fällen nicht imstande, dieser Neigung entgegenzuarbeiten. Von dem Gedanken ausgehend, die bakteriellen Erreger sowohl in dem Ulcus als auch in dessen Umgebung zu arretieren, hat Verf. seit einer Reihe von Jahren die Ulcera mollia mit Jodtinktur behandelt. In letzter Zeit hat er zur Beförderung des Heilungsverlaufes der Jodtinktur einen Pulverzusatz von Tribromphenyl-Wismut oder Xeroform (50 proz.) gegeben. Es kommt dann zur Bildung einer Schüttelmixtur, bei der sich nach dem Schütteln eine Art dicken, feuchten Schlammes ergibt, der, auf das Ulcus mit einem Wattestäbchen aufgetragen, dort eminent austrocknend wirkt. Es ist Verf. in einer Reihe von Fällen gelungen, einen entschieden kürzeren Ablauf der Fälle zu erzielen. Die Art der Applikation ist eine sehr einfache, da es genügt, ein einfaches Hölzchen mit Watte zu umwickeln, womit der Pat. sich das Geschwür selbst regelmäßig betupfen kann. S. hat sich bei der Behandlung mit dieser Xeroform-Jodtinktur aber nicht nur auf die Ulcera mollia beschränkt, sondern hat mit dieser Kombination auch andere Genitalaffektionen behandelt und auch Operationswunden, sowohl primär genähte als auch solche mit secunda intentio, behandelt. Auch hier ist es ihm gelungen, durch die vorhin erwähnte starke Austrocknung der Jodemulsion selbst unter ungünstigen Verhältnissen eine lineare Verklebung zu erzielen.

Dr. **Kurt Meyer**, Assist. d. bakteriol. Abt. des Rudolf-Virchow-Krankenhauses (Berlin): **Ueber Argaldin, ein neues Silbereiweißpräparat.** (Berl. klin. Wochenschr., 1916, No. 27.)

Argaldin ist ein Silbereiweißpräparat, das durch Einwirkung von Hexamethylentetramin auf protalbinsaures Silber gewonnen wird. Es hat einen Silbergehalt von 8,9 Prozent und kommt als 10 proz. Lösung in den Handel. Ursprünglich in erster Linie zur Gonorrhoebehandlung empfohlen, wird es neuerdings in ausgedehntem Maße zur Behandlung infizierter Wunden verwandt. Verf. hat auf Wunsch des Fabrikanten O t t o V e s t e r (Hanau) das Argaldin auf seine antibakterielle Wirkung untersucht, um exakte bakteriologische Unterlagen für seine Anwendung zu gewinnen. Entsprechend dem Anwendungsgebiet des Argaldin hat Verf. seine Wirkung einerseits gegenüber Gonokokken, andererseits gegenüber Eitererregern geprüft. Er fand, daß das Argaldin in seiner Wirkung auf Gonokokken dem Argentum proteinicum gleichwertig ist. Ein Vorzug besteht in der Haltbarkeit seiner Lösungen und in der geringen Reizwirkung, die es nach den klinischen Erfahrungen und nach eigenen Versuchen des Verfassers am Kaninchenohr ausübt. Auf Eitererreger übt Argaldin eine deutliche abtötende und eine sehr starke entwicklungshemmende Wirkung aus.

Dr. **Richard v. Planner: Zur Vakzinebehandlung akuter Gonorrhöen.** (Wiener med. Wochenschr., 1916, No. 28 u. 29.)

Bei Behandlung der akuten Gonorrhoe kommen lediglich die Methoden in Betracht, welche gegen die Ursache des Leidens ankämpfen. Zu diesen zählt die antiseptische Lokaltherapie und die Behandlung mit der Gonokokkenvakzine. Die antiseptische Lokaltherapie ist unbedingt an erste Stelle zu setzen, und nur wo dieser ätiologischen Behandlung kein endgültiger Erfolg beschieden ist, tritt als ergänzende Behandlung die gleichfalls ätiologische Behandlung mit Gonokokkenvakzine hinzu, welche aber stets mit der antiseptischen Lokaltherapie zu kombinieren ist. Für den Praktiker ergibt sich hieraus, jede Behandlung frischer akuter Gonorrhoe mit der Lokaltherapie zu beginnen, den Erfolg durch Gonokokkenuntersuchungen zu kontrollieren und die Behandlung durch etwa sechs Wochen fortzusetzen. Wenn sich nunmehr ergibt, daß die Sekretion und die Gonokokken zeitweilig verschwinden, um nach kurzer Zeit wieder aufzutauchen, soll die Lokaltherapie mit der Vakzinetherapie kombiniert werden. Diese soll nicht mit kleinen, sondern gleich mit mittleren Dosen begonnen und sodann nach Bedarf mit den starken Dosen fortgesetzt werden, weil eventuell erst durch diese eine heilende Herdreaktion erzeugt wird.

Dr. **L. Reichert** (Plauen i. V.): **Jodpastille „Mea Jodina“.** (Medizin. Klinik, 1916, No. 28.)

Das beste Desinfiziens ist die Jodtinktur. Nur haften ihr viele Mängel an, so daß sie nur in ganz beschränktem Maße Verwendung finden kann. Die Hauptmängel sind: große Giftigkeit, starkätzende Wirkung, unbequeme Handhabung, hoher Preis. Mit seiner Jodpastille „Mea Jodina“ glaubt Verf. diese Uebelstände bestimmt beseitigt zu haben. Die Pastille ist handlich, löst sich sehr schnell; die Lösung ist klar und enthält keine Rückstände. Giftigkeit und Aetzwirkung kommen in Wegfall. Jeder Operateur kann sich und das Operationsgebiet in der kürzesten Zeit aseptisch machen. Die Lösung ist in jeder Körperhöhle ohne irgendwelche Schädigung verwendbar. Entstehen von Sepsis ist ausgeschlossen. Ist bereits eine Sepsis vorhanden, so ist sie natürlich nach Beseitigung der Ursache (z. B. Darmruptur usw.) schnell zu beseitigen. Schwache Lösungen können ohne Schädigung — hierfür eigene, genau dosierte Pastillen — direkt dem Blut einverleibt werden. Die Dampfsterilisation sowohl der Wäsche als auch der Instrumente ist völlig unnötig, wenn genannte Gegenstände in der

Lösung gelegen haben. Bei Geburten ist die Pastille ganz besonders vorteilhaft. Die Herstellung der Pastille aus Glyzerin, Jodkali, Traubenzucker, Jod einerseits — Traubenzucker, Kochsalz und Jodkali andererseits — geschieht nach einem besonderen patentierten Verfahren.

Prof. Dr. **Polland** (Graz): **Das Teerpräparat „Cadogel".** (Med. Klinik, 1916, No. 31.)

Verf. berichtet über ein neues Teerpräparat, das Cadogel, hergestellt von der ungarischen Firma „Chinoin" (Dr. v. Kereszty, Dr. Wolf & Co., A.-G., Budapest-Ujpest, To-utca 5). Verf. hat mit dem Präparat Versuche an der Dermatologischen Klinik in Graz angestellt. Das Cadogel wird nach den Angaben der Firma durch fraktionierte Destillation im Vakuum aus dem Teeröle Oleum cadinum hergestellt und ist ein kolloidales, gelatineartiges Präparat. Die wichtigsten Bestandteile dieses Kolloides sind: ein zusammengesetzter Aether mit hohem Molekulargewichte als Dispersionsmedium, mit festem Aggregatzustand und ein kompliziert gebautes Polyterpen mit hohem Siedepunkt als Dispersphase. Das Cadogel wird in Konzentrationen von 10, 33, 66 und 100 Prozent hergestellt und ist in Tuben zu 20 und 50 g, für Krankenkassen in billigerer Packung zu 20 g und für Spitäler in einer Packung zu 250 g erhältlich. Der Preis beträgt gerzeit für 50 g des 10 proz. 3,25 Kr. (Kassenpackung 1,60), des 100 proz. 5,50 Kr. (2,10). Die Anwendung des Cadogels geschieht in folgender Weise: Man streicht es mit einem weichen Borstenpinsel oder Spatel oder direkt mit dem Finger in dünner Schicht auf die Haut und legt darüber eine Lage trockenen Mulls, der mit einem leichten Verbande befestigt wird. In leichten Fällen genügt es, die Haut einfach mit Cadogel zu bestreichen und mit Talc. venetum zu bepudern. Die Salbe bildet dann eine Art leicht zähen, etwas fettigen Ueberzug, der keinerlei Spannung empfinden läßt. Naturgemäß hat Verf. das Cadogel zunächst bei chronischen Ekzemfällen mit verdickter Haut angewendet. Dabei wurde das Präparat durchaus gut vertragen, ohne zu reizen, so daß man rasch zu höheren Konzentrationen aufsteigen konnte. Auch bei ganz frischen Ekzemen läßt sich das Präparat oft mit Vorteil verwenden, in Fällen, wo man die Anwendung z. F. des offizinellen Ol. rusci oder fagi nicht wagen dürfte. Es wirkt offensichtlich gefäßverengernd und sekretionsbeschränkend, so daß das Nässen bald aufhört und sich eine neue Hornschicht bilden kann. Jedenfalls kann man mit Cadogel viel früher den Teer in die Ekzemtherapie einführen als mit einem anderen Teerpräparate. Auf diese Weise erzielt man in den meisten Fällen eine bedeutende Abkürzung der Heilungsdauer. Daß bei allen anderen Dermatosen, bei welchen Teer überhaupt von Nutzen ist, auch das Cadogel mit bestem Erfolge angewendet werden kann, versteht sich nach dem Gesagten von selbst. Neueren Datums ist die Möglichkeit, ein Cadogelpräparat auch bei Skabies anzuwenden, und zwar in der Gestalt der Cadogelseife.

Regimentsarzt Oberstabsarzt Dr. **Fuhrmann**: **Tendovaginitis der Fernsprecher.** (Medizin. Klinik, 1916, No. 30.)

Es handelt sich um die Tendovaginitis derjenigen Telephonisten, welche sich des Armeefernsprechgeräts zu bedienen haben. Dieses besteht aus einem L-förmigen Stück, das in der Weise gehandhabt wird, daß der längere, senkrechte Balken dem Ohr anliegt, der kürzere, wagerechte befindet sich dann vor dem Munde. So kann der Benutzer zugleich hören und sprechen; nötig dabei ist nur, daß er einen ununterbrochenen Druck mit den fünf Fingern ausübt, und zwar mit vier Fingern auf die „Sprechtaste", mit dem Daumen aber auf den Hörknopf, dem „Lauthörer". Der Daumen steht dabei in einer ganz bezeichnenden Weise: abduziert und im Endgelenk fast rechtwinklig gebeugt; die „Tabatière" ist in dieser Haltung aufs klarste modelliert und ihre Muskeln sind es auch, deren Sehnenscheiden erkranken (Abduct. poll. long. + Extens. p. brev. radial- und Extens. poll. long. ulnarwärts). Der Grund der Erkrankung ist offenbar die pausenlose, starre Anspannung der drei Muskeln. Die Erkrankung betrifft immer die linke Seite, weil das Fernsprechgerät in der linken Hand gehalten wird: die rechte dient währenddessen zum Niederschreiben des Abgehörten. Die Diagnose ist leicht: die zwei Wülste, welche die „Tabatière" einfassen, der linksseitige Sitz und die Anamnese „Fernsprecher" sind bezeichnend genug. Die Behandlung besteht in Ausschaltung der Schädlichkeit auf zehn Tage.

Prof. **G. Axhausen**: **Zur operativen Behandlung der irreparablen Radialislähmung.** (Berl. klin. Wochenschr., 1916, No. 7.)

Unter den zahlreichen Schußverletzungen der peripheren Nerven gibt es besonders eine Gruppe, bei der die nachträgliche Wiederherstellung der Nervenbahn unmöglich ist. Es sind dies die Radialisverletzungen, bei denen der Nerv an der Stelle durchtrennt ist, wo er unter dem Supinator brevis hervorkommt, um sich rasch in seine Aeste für die Streckmuskulatur des Vorderarmes aufzulösen. Der zentrale Stumpf ist in diesem Falle leicht zu finden; die peripheren Verästelungen herauszupräparieren, ist namentlich dann völlig unmöglich, wenn die Narbenmasse sich tief in die Streckmuskulatur des Vorderarms hineinerstreckt. Die Wiederkehr der Nervenleitung ist in solchen Fällen unmöglich. Eine solche irreparable Radialislähmung mit der herunterhängenden Hand bei Strecklähmung der Hand und der Finger macht die Hand praktisch nahezu unbrauchbar. Die Wiederkehr der genannten eigenen Motilität ist bei dem Verlust der peripheren Nervenenden auch durch Nervenplastik nicht zu erreichen. Sie ist aber zu erreichen auf dem Wege der Sehnenverlagerung. Da das Handgelenk zur Vermeidung des störenden Herunterhängens der Hand ohnehin in Streckstellung versteift werden muß, so bleiben die kräftigsten Flexoren der Hand zum Ersatz der wichtigen Fingerstrecker zur Verfügung; und es ergibt sich aus der anatomischen Lage der Gebilde, daß der Flexor carpi radialis zum Ersatz des Extensor und Abductor pollicis gewählt werden wird. Vulpius hat in seiner orthopädischen Operationslehre das für solche Lähmungen sich ergebende operative Vorgehen festgelegt: Nach Tenodese des Handgelenkes ist von einem radialen Längsschnitt aus der Flexor carpi radialis und von einem ulnaren Längsschnitt aus der Flexor carpi ulnaris am Ansatzteil abzulösen und außen um den Knochen herum auf die Streckseite zu bringen, um dort von einem dorsalen Längsschnitt aus mit den Extensoren (resp. Abduktor) der Finger und des Daumens in Verbindung gebracht zu werden. Verf. berichtet im Vorliegenden über einen erfreulichen Erfolg dieser Operation bei einem jungen Soldaten.

Med.-Rat Dr. **F. Krieg**, Ver.-Laz. Landesbad, Baden-Baden: **Nachbehandlung von Narbenkontrakturen des Brustkorbs nach Lungenschüssen.** (Medizin. Klinik, 1916, No. 28.)

Verf. berichtet über einen Fall von Narbenkontraktion mit Atelektase der Lunge, da er die ausgezeichnete Wirkung heilgymnastischer und pneumatischer Behandlung in solchen Fällen bezeugt. Im allgemeinen wird der Brustkorb nach Aufsaugung von Exsudaten, welche die Brusthöhle nahezu ausgefüllt hatten, wenn die Lunge infolge bindegewebiger Verklebungen oder straffer Verwachsungen in ihrer vollen Entfaltung gehemmt ist, infolge des negativen Resorptionsdruckes gegen die Lunge hin verlagert, indem der Resorptionszug es ermöglicht, daß der atmosphärische Ueberdruck zur Ausfüllung des entstehenden leeren Raumes die Brustwand eindrückt. Gleiche Verhältnisse zeigte der Verlauf des Falles von Lungenschuß, der am 10. August 1915 im Landesbad Aufnahme fand. Er betrifft einen Vizefeldwebel, der am 5. Mai 1915 einen Schrapnellschuß erhielt, der den Brustkorb von links hinten nach rechts vorne durchbohrte. Im Feldlazarett wurde ein deutliches Emphysem in der Höhe der rechten Brustwarze festgestellt, sowie ein langsam zunehmender Erguß auf der rechten Brustseite. Ferner starke Schallverkürzung, fast völlig aufgehobene Atmung und blutiger Auswurf. Die Diagnose wurde daher auf Hämothorax infolge von Lungenschuß gestellt. Langsame Ausbildung einer linkskonvexen Verkrümmung der Brustwirbel mit kompensatorischer Gegenkrümmung der Lendenwirbelsäule. Allmähliche Besserung des Allgemeinbefindens. Bei der Entlassung am 15. Juli klagte Pat. noch über Herzklopfen, Kurzatmigkeit bei Anstrengungen, Hustenreiz. Am 17. Juli wurde der Pat. zur Nachkur in das Reservelazarett Waisenhaus Lichtenthal überwiesen und zur Behandlung mit Thermalbädern und Heilgymnastik dem Friedrichsbad und mit der pneumatischen Kammer dem Inhalatorium zugeschickt. Trotz der allmählich eintretenden Erleichterung der Atmung und Beteiligung der rechten Lunge war der Erfolg hinsichtlich der Verkrümmung von Brustkorb und Wirbelsäule so gering, daß Patient am 9. August 1915 der orthopädischen Station und von dieser schon am nächsten Tage dem Vereinslazarett Landesbad überwiesen wurde. Nach dreimonatlicher Kur mit aktiver Lungengymnastik (Heilgymnastik und Dupont-Mathieuscher Apparat) hat sich das Allgemeinbefinden außerordentlich gebessert. Schmerzen oder irgendwelche Hemmungen sind nicht mehr vorhanden. Das Körpergewicht hat trotz des vielen Turnens befriedigend zugenommen, der Kräftezustand hat sich sehr gehoben. Die Eindrückung der rechten Brusthälfte hat sich zurückgebildet, die Skoliose der Brustwirbelsäule ist verschwunden. Die vitale Kapazität ist von 2500 ccm auf 3400 ccm gestiegen, die Atmungszahl von 24 auf 15 zurückgegangen. Der Bluterguß ist nahezu verschwunden und die zurückgebliebenen Schwartenbildungen sind nicht mehr imstande, die vollständige Entfaltung der Lunge zu verhindern. Das Herz ist nicht mehr verlagert und die Erregbarkeit des Herzens ist nur noch nach größeren Anstrengungen zu bemerken. Die Pulszahl ist in der Ruhe von 108 auf 64 zurückgegangen. Das systolische Geräusch ist verschwunden. Die Verwachsungen des Zwerchfells sind gelöst und der Stand desselben ist wieder normal.

Dr. **Felix Danziger**, Assistenzarzt d. R. (Berlin): **Ein ungewöhnlicher Fall von Nierenzerreißung durch Granatsplitter.** (Berl. klin. Wochenschr., 1916, No. 7.)

Die Verletzung wurde bemerkenswerterweise durch eine explodierende Granate bewirkt, die in einer Entfernung von

1500 m einschlug. Der Granatsplitter, den der Verwundete sich selbst herauszog aus der schmerzenden Stelle am Rücken, hatte ein Gewicht von 1 Pfund. Die bald eintretende Miktion ergab einen sehr stark blutigen Urin. Die Diagnose einer Nierenverletzung war damit sichergestellt. Die nächsten Harnentleerungen blieben aber klar, wohl ein Zeichen, daß der Ureter durch Gerinnsel verstopft war. Das Fehlen jeder Bauchdeckenspannung ließ eine Beteiligung des Bauchraumes an der Verletzung ausgeschlossen scheinen. Verf. wartete daher den nächsten Tag ab und operierte dann in Aethernarkose. Die Wunde, aus der sich nur wenig dunkles Blut entleerte, lag in der Richtung des Nierenschnittes, zu dem Verf. sie vervollständigte. Als die Hand nun in die Tiefe ging, um die Niere zu fassen, machte Verf. die überraschende Entdeckung, daß die Niere in zwei ungleiche Teile getrennt war, einen unteren kleineren und einen oberen größeren. Am unteren hing eingerissen der Ureter. Da eine Beschädigung der großen Gefäße im Bereiche der Möglichkeit lag und damit die Gefahr einer starken Blutung, unterband Verf. nach Luxation beider Nierenhälften Arterie und Vene gemeinsam und getrennt den Ureter. Die Blutung war gering. Die mit Koagula gefüllte große Wundhöhle im Nierenfett wurde ausgeräumt. In der Tiefe sah man nunmehr das uneröffnete Peritoneum und die offensichtlich kontundierte Milz liegen. Die Wundhöhle wurde ausgiebig, aber locker mit Jodoformgaze tamponiert. Der Schnitt im neu angelegten Bereich wurde genäht, der alte Teil der Wunde umschnitten. Nach zwei Tagen wurde der Tampon gelockert und verkürzt, nach zwei weiteren entfernt. Von da ab wurde die Wundhöhle regelmäßig mit H_2O_2 gespült und dann locker tamponiert. Der Urin blieb stets klar. Die Wundhöhle verkleinerte sich sehr schnell. Nach drei Wochen konnte Pat. aufstehen. Nach einer weiteren Woche war die Wunde fast völlig geschlossen und nur mehr von der Größe einer Fingerkuppe. Pat. war während der ganzen Zeit fieberfrei und kehrte bald zur Truppe zurück. — Merkwürdig ist, daß eine so schwere Verletzung der Niere, die so nahe an das Hauptschlagadersystem angeschlossen ist, nicht viel größere Blutungen gemacht hat. Zu erklären ist diese Erscheinung wohl durch die Thrombosen der kleineren Gefäße. Schließlich ist das Ausbleiben jeder wesentlichen Infektion trotz der Verletzungsart ungewöhnlich. Kr.

Zeichnet die fünfte Kriegsanleihe!

Der Krieg ist in ein entscheidendes Stadium getreten. Die Anstrengungen der Feinde haben ihr Höchstmaß erreicht. Ihre Zahl ist noch größer geworden. Weniger als je dürfen Deutschlands Kämpfer, draußen wie drinnen, jetzt nachlassen. Noch müssen alle Kräfte, angespannt bis aufs Aeußerste, eingesetzt werden, um unerschüttert festzustehen, wie bisher, so auch im Toben des nahenden Endkampfes. Ungeheuer sind die Ansprüche, die an Deutschland gestellt werden, in jeglicher Hinsicht, aber ihnen muß genügt werden. Wir **müssen** Sieger bleiben, **schlechthin, auf jedem Gebiet**, mit den Waffen, mit der Technik, mit der Organisation, nicht zuletzt auch mit dem Gelde!

Darum darf hinter dem gewaltigen Erfolg der früheren Kriegsanleihen der der fünften nicht zurückbleiben. Mehr als die bisherigen wird sie maßgebend werden für die fernere Dauer des Krieges; auf ein finanzielles Erschlaffen Deutschlands setzt der Feind große Erwartungen. Jedes Zeichen der Erschöpfung bei uns würde seinen Mut beleben, den Krieg verlängern. Zeigen wir ihm unsere unverminderte Stärke und Entschlossenheit, an ihr müssen seine Hoffnungen zuschanden werden.

Mit Ränken und Kniffen, mit Rechtsbrüchen und Plackereien führt der Feind den Krieg, Heuchelei und Lüge sind seine Waffen. Mit harten Schlägen antwortet der Deutsche. Die Zeit ist wieder da zu neuer Tat, zu neuem Schlag. Wieder wird Deutschlands ganze Kraft und Wille aufgeboten. Keiner darf fehlen, jeder muß beitragen mit allem, was er hat und geben kann, daß die neue Kriegsanleihe werde, was sie unbedingt werden muß:

Für uns ein glorreicher Sieg,
für den Feind ein vernichtender Schlag!

III. Tagesgeschichte.

Standesangelegenheiten, Medizinal-Gesetzgebung, soziale Medizin etc.

Leipzig. Der **Geschäftsausschuß des Deutschen Aerztevereinsbundes** hielt hierselbst am 27. August d. J. eine Sitzung ab. Der erste Punkt der Tagesordnung betraf die Ergänzungsausbildung der seit Kriegsbeginn notgeprüften Aerzte. Zur Teilnahme an der Besprechung hierüber waren als Gäste die Herren Ministerialdirektor Dr. Kirchner, Geh. Obermedizinalrat Dr. Dietrich und der Direktor des Kaiserin-Friedrich-Hauses Prof. Dr. Adam erschienen. Es wurde folgende Meinungsäußerung beschlossen: Dem Geschäftsausschuß erscheinen am geeignetsten seminaristische Kurse von dreimonatiger Dauer. Als Ort der Kurse sind die Städte mit Akademien für praktische Medizin und die Universitätsstädte zu empfehlen. Den Dozenten ist ein angemessenes Honorar zu gewähren. Für die Teilnehmer sollen die Kurse unentgeltlich sein und die Beteiligung durch Gewährung von Beihilfen für den Lebensunterhalt möglichst gefördert werden. Die Teilnehmer an den Kursen dürfen sich aber während der Fortbildungszeit nicht als Aerzte niederlassen. Es soll versucht werden, das Reich und die Einzelstaaten zur Beteiligung an der Aufbringung der Kosten zu veranlassen; es ist ferner wünschenswert, daß der Aerztevereinsbund und andere ärztliche Körperschaften Beiträge leisten. In den zur weiteren Bearbeitung der Angelegenheit beabsichtigten Ausschuß sollen zwei Vertreter des Geschäftsausschusses entsandt werden; der Geschäftsausschuß hält es für notwendig, daß auch ein Vertreter des Leipziger Verbandes abgeordnet wird. Vom Geschäftsausschuß werden hierzu Dippe und Herzau und als Stellvertreter Mugdan gewählt. — Von weiteren Verhandlungsgegenständen ist zu erwähnen die Berichterstattung über die Teilnahme des Aerztevereinsbundes an einer Reihe von Fürsorgebestrebungen, die er, zum Teil durch Beitritt mit Beitragszahlung, gefördert hat; es sind dies a) die Deutsche Gesellschaft für Bevölkerungspolitik, b) der Marinedank, c) die Kriegsbeschädigtenfürsorge, d) die Deutsche Vereinigung für Säuglingsschutz, e) die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten durch Beratungsstellen. — Der Geschäftsausschuß empfiehlt den Aerztevereinen, sich allenthalben einen maßgebenden Einfluß auf die bestehenden und geplanten Fürsorgeeinrichtungen zu sichern; es müsse immer wieder darauf hingewiesen werden, daß sie nur dann erfolgreich wirken können, wenn sie ohne Schädigung der Aerzte an Ansehen und Erwerb durchgeführt werden, und wenn es gelingt, auf dieser Grundlage alle Aerzte zur Mitarbeit zu gewinnen. — Ferner wurde mitgeteilt, daß der Generalsekretär an den Sitzungen der Zentralstelle zur Prüfung schwindelhafter Anzeigen von Heilmitteln bei den Aeltesten der Berliner Kaufmannschaft teilnimmt. — Während der Verhandlung wurde an den Kapitän der „Deutschland" Paul König anläßlich seiner Ernennung zum medizinischen Ehrendoktor vom Geschäftsausschuß ein Glückwunschtelegramm gesandt.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Breslau. Der Privatdozent der Chirurgie Prof. Dr. Lothar Dreyer ist als Vertreter des Herrn Geheimrat Prof. Dr. Küttner mit der Leitung der chirurgischen Universitätsklinik beauftragt worden; gleichzeitig wurde ihm die Stelle eines fachärztlichen Beirats für Chirurgie und Orthopädie beim 6. Armeekorps übertragen.

Göttingen. Für Augenheilkunde habilitierte sich Prof. Dr. J. Igersheimer, früher Privatdozent in Halle a. Saale, der seinem bisherigen Chef Prof. Hippel bei dessen Uebersiedelung nach Göttingen gefolgt ist.

München. Prof. Dr. K. v. Bühler, der eine Zeitlang im Felde tätig war und nach dem Tode des Psychologen Prof. Külpe zur stellvertretenden Uebernahme des psychologischen Unterrichts zurückberufen wurde, ist zum Abteilungsvorsteher des physiologischen Universitätsinstituts ernannt worden, dem er bisher als Assistent angehörte. Gegenwärtig tut Prof. Bühler als Oberarzt an einem hiesigen Reservelazarett Dienst.

Prag. Prof. Dr. Scherer, Extraordinarius der Kinderheilkunde an der tschechischen Universität, ist gestorben.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: San.-Rat Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil S. Caspari, Berlin-Schöneberg.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW. 68, Alexandrinenstraße 110.

85. Jahrgang **Berlin, 16. September 1916** **No. 38**

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen,
Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Steinplatz 105 56

85. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W. 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4 gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Referate.

Prof. Dr. **Edmund Hoke**, Primararzt der intern. Abt. des Bezirkskrankenhauses in Komotau, Böhmen: **Eine Abart des Friedreichschen Schallwechsels (Aenderung des tympanitischen Schalles über Kavernen beim Husten).** (Medizin. Klinik, 1916, No. 30.)

Der respiratorische oder Friedreichsche Schallwechsel besteht im Höherwerden des tympanitischen Perkussionsschalles über Lungenkavernen bei der Inspiration und im Tieferwerden bei der Exspiration. Diese Form des Schallwechsels entsteht durch die vermehrte Spannung des Lungengewebes bezw. der Kavernenwand während der Inspiration und durch die Entspannung während der Exstirpation. Deutlich ausgesprochen ist diese gewöhnliche Art des respiratorischen Schallwechsels nicht gar zu häufig zu beobachten. Dies gilt aber nur für die gewöhnliche, vertiefte Atmung. Läßt man den Pat. husten, so findet sich der Friedreichsche Schallwechsel ungleich häufiger, was nicht wunderlich ist, wenn man bedenkt, daß der Husten nichts anderes ist, als eine forcierte, explosionsartig erfolgende Exspirationsbewegung.

Geh. San.-Rat Dr. **Neuschäfer** (Steinbrücken, Dillkreis): **Die Heilung des Asthma nervosum.** (Mediz. Klinik, 1916, No. 30.)

Es ist eine feststehende Tatsache, daß am Ende des Anfalls vom Asthmatiker ein zäher, glasiger Schleim herausbefördert wird, der die Curschmannschen Spiralen und die Charcot-Leydenschen Kristalle enthält. Ist dieser Befund erhoben, so ist in der Mehrzahl der Fälle die Diagnose „nervöses Asthma" gesichert. Da der Anfall mit dem Erscheinen der Curschmannschen Spiralen jedesmal prompt nachläßt, muß diesen die feineren Luftwege unwegsam machenden Massen bei der Behandlung eine gewisse Bedeutung zugestanden werden. Ein solches inneres Expektorans ist nun nach N. von Dr. Koch (Freiburg) in dem Prävalidin gefunden worden, einer Lanolinsalbe, die als Hauptbestandteile Kampfer, Perubalsam, Eukalyptusöl und Wasserstoffsuperoxyd enthält. Verf. wendete dieses Expektorans bei einer großen Reihe von Asthmatikern an und die durch eine Einreibung desselben erzielten Resultate waren geradezu verblüffend. Die Einreibungen läßt er in folgender Weise vornehmen: Unter sehr raschem, kräftigem Reiben wird an fünf Tagen jedesmal der fünfte Teil einer Tube (ein Teilstrich einer Tube) bis zum völligen Verschwinden der Salbenmasse der einen Thorax-Rückenhälfte einverleibt. Einfaches Daraufschmieren ist nutzlos. Dann folgt die andere Hälfte, dann vorn rechts und links und am fünften Tage beide Arme. In einem schweren Falle hat Verf. es erlebt, daß schon am Tage nach der zweiten Einreibung überall vesikuläres Atmen zu hören war. Doch das war eine Ausnahme. Gewöhnlich bleiben noch für kürzere oder längere Zeit die charakteristischen asthmatischen Geräusche hörbar. Ist eine Tube verbraucht, so pflegt Verf. die Einreibung zwei bis drei Tage auszusetzen; dann wird wieder, nachdem ein Seifenbad genommen ist, eingerieben. Das wird in der angegebenen Weise fortgesetzt, bis nur reines Vesikuläratmen gehört wird. Die eigentlichen Anfälle sind gleich im Anfang vorüber.

Dr. **Eduard Horniker** (Triest) und Doz. Dr. **Julius Schütz** (Wien): **Beobachtungen an nierenkranken Kriegsteilnehmern.** (Der Militärarzt, 1916, No. 16.)

Die Verfasser haben bei der Untersuchung von Nierenerkrankungen außer den üblichen klinischen Untersuchungsmethoden auch noch die Ophthalmoskopie in konsequenter Weise bei jedem einzelnen Falle herangezogen. Es handelt sich in den meisten Fällen um Soldaten, deren Leiden im Frontdienst manifest geworden war. Das hervorstechendste Symptom war die Hämaturie, die unter 80 Fällen 54 mal zu konstatieren war. Diese Hämaturie zeigte eine ganz auffallende Persistenz und überdauerte in den meisten Fällen die Albuminurie. Oedeme waren in den meisten frischen Fällen zu konstatieren. Fast in allen Fällen stand die Dyspnoe nicht nur im akuten Anfalle, sondern weit bis ins subakute Stadium hineinreichend stark im Vordergrunde der Erscheinungen. Es ist auffallend, daß sich in der Anamnese unter den Anfangssymptomen fast stets Dyspnoe findet. In gewissen Fällen ergab die Anamnese, daß die Dyspnoe auch vor dem Auftreten der Oedeme bestanden hatte; dabei ist zu bemerken, daß die häufige, aber lange nicht immer bestehende Bronchitis in keinerlei Verhältnis zu der Stärke der Dyspnoe zu stehen pflegte. Ein drittes auffallendes Symptom ist die Häufigkeit der Fälle mit hohem Blutdruck. Die Fälle mit erhöhtem Blutdruck sind im Material der Verff. dreimal häufiger als die Fälle mit normalem Blutdruck. Ein weiteres auffallendes Ergebnis liegt in dem Zusammenhange zwischen der Höhe des Blutdruckes und den ophthalmoskopischen Befunden. Die Verff. haben in über der Hälfte der Fälle pathologische Veränderungen am Augenhintergrunde konstatieren können, die im allgemeinen durch Rötung, Verschwommenheit der Grenzen, Schwellung des Sehnerven, Oedeme der angrenzenden Netzhaut, Gefäßalterationen, Blutungen und retinitische weiße Flecke charakterisiert sind und einzeln für sich oder miteinander kombiniert und in verschiedener Intensität vorkommen. Sichtet man nun diese Augenhintergrundsveränderungen nach Blutdruckswerten, so sieht man ein gehäufteres Auftreten derselben bei hohem Blutdrucke. Besonders deutlich tritt dies bei den Fällen hervor, wo Netzhautblutungen und Retinitiden zur Beobachtung kommen, so daß das Vorhandensein einer dieser letztgenannten Veränderungen mit einer fast an Gewißheit grenzenden Wahrscheinlichkeit einen hohen Blutdruck erschließen läßt. Besondere Beachtung verdienen die Fälle, in denen Retinitiden zur Beobachtung kommen. Die Prognose ist quoad vitam außerordentlich ungünstig. 60—80 Proz. dieser Fälle sterben erfahrungsgemäß innerhalb 2 Jahren. Sie können, da gerade bei ihnen der Eiweißgehalt des Harns ein geringer ist, Oedeme oft vollständig fehlen, bei gewöhnlicher Untersuchung der Aufmerksamkeit sehr leicht entgehen und als leichte Fälle erscheinen, während die konsequente Anwendung von Blutdruckmessung und Ophthalmoskopie erst ihre richtige Würdigung ermöglicht.

Prof. Dr. **H. Salomon** (Wien): **Ueber Kohlehydratkuren bei Diabetes.** (Therapeut. Monatshefte, Juni 1916.)

Eine herrschende Bedeutung für die praktische Therapie der Zuckerkrankheit haben die Kohlehydratkuren erst erlangt seit v. Noordens Mitteilungen über die Haferkur. Durch seine Initiative ist die Praxis der Theorie weit vorausgeeilt, und wir können nach Verf. heute noch keine erschöpfende Erklärung für die Wirkung der Kohlehydratkuren geben, während in der Behandlung der Krankheit ein wesentlicher Fortschritt erzielt worden ist. Verf. geht in vorliegender Arbeit auf vier Momente näher ein, die hauptsächlich zum Verständnis des Erfolges der Haferkur herangezogen werden: 1. eine besondere Ueberlegenheit des Hafers gegenüber anderen Kohlehydraten; 2. das Fehlen des animalischen Eiweißes und auch die Eiweißarmut bei der Kohlehydratkur; 3. die große Gleichmäßigkeit und Einheitlichkeit der Ernährung mit Kohlehydratkuren, so daß gewissermaßen eine Schonung der für den Zuckerstoffwechsel besonders wichtigen Leberzellen eintritt, im Gegensatz zu den äußerst vielseitigen Ansprüchen, die an diese Zellen bei gemischter Ernährung gestellt werden; 4. die ganze Anordnung der Haferkur, die eingeleitet wird, wenn durch kohlehydratfreie Diät, Hunger- oder einige Gemüsetage Glykosurie und Glykämie bereits herabgedrückt sind, und die auch an ihrem Ende wieder von Gemüsetagen gefolgt ist (streng kohlehydratfreie Diät, 2 Gemüsetage, 3 Hafertage, 2 Gemüsetage in der ursprünglichen von Noordenschen Anordnung). Den wirksamsten Faktor der Kohlehydratkur erblickt Verf. in dem von v. Noorden mit therapeutischem Instinkt eingerichteten Arrangement derselben. Wenn bei den in Betracht kommenden Fällen unter kohlehydrat- und eiweißarmer Kost Harn- und Blutzucker sich bereits niedrig eingestellt haben, entwickelt sich sehr rasch eine gewisse Toleranz für Kohlehydrat, wofern dasselbe unter Karenz- oder Mindereinfuhr von Eiweiß gereicht wird. Der Wechsel zwischen kohlehydratreicheren, eiweißarmen Tagen (Kohlehydrat-Tagen) und kohlehydratarmen, eiweißarmen Tagen (Gemüsetagen) läßt allmählich die Toleranz für ein eiweißarm dargereichtes Kohlehydrat immer mehr erstarken. Andererseits tritt unter der eiweißsparenden Wirkung des Kohlehydrats eine Herabsetzung des Eiweißumsatzes ein, und diese Schonung des Eiweißstoffwechsels kommt wiederum den nachfolgenden Gemüse-Eiertagen usw. zugute, so daß eine immer bessere Verwertung der Albuminate und des Eiweißzuckers zustande kommt. In dieser raschen Beeinflußbarkeit der Toleranz gewisser Diabetiker wird man die hauptsächliche Grundlage für die Wirkung der Kohlehydratkuren einstweilen sehen müssen.

Marine-Oberassistenzarzt Dr. **Cyranka**, Festungslazarett Ravensberg in Kiel: **Das Alopecie-Phänomen und seine Bedeutung als Anzeichen einer meningealen Lues.** (Berl. klin. Wochenschrift, 1916, No. 26.)

Verf. macht auf ein bekanntes sekundäres Luessymptom aufmerksam, das sich auch häufig in Begleitung einer luetischen Frühmeningitis findet und daher geeignet ist, das Augenmerk auf das erkrankte Zentralnervensystem zu lenken. Das von Dr. Gennerich seit über zwei Jahren beobachtete Phänomen betrifft das häufige Zusammentreffen von latenten meningealen Veränderungen (pathologischen Liquores) mit der Alopecia specifica, sowohl im frischen wie im älteren Sekundärstadium, besonders auch bei vorbehandelten Patienten. Die Zahl der bisher beobachteten Fälle, welche das von Gennerich angegebene Phänomen von Alopecia specifica plus pathologischem Liquor aufwiesen, ist zwar nicht besonders groß, aber doch dadurch besonders bemerkenswert, daß anders geartete Fälle, wo aber beim Vorhandensein der Alopecie Liquorveränderungen fehlten, außerordentlich spärlich waren (nur ein Fall). Es ist daher wohl anzunehmen, daß wir in dem klinisch so auffallenden Symptom einen ziemlich sicheren Anzeiger für den Bestand einer meningealen Lues vor uns haben. Es ist ferner zu bemerken, daß Verf. bei anderen Affektionen des behaarten Kopfes (Defluvium, Papeln, Geschwüre) im frischen Sekundärstadium bisher noch niemals pathologische Liquorwerte gefunden hat, obgleich die Zahl der von ihm beobachteten schweren histologischen Meningorezidive weit mehr als das Zehnfache der Anzahl der beobachteten Alopeciefälle beträgt. Hinsichtlich des Zustandekommens des Phänomens nimmt Verf. an, daß das stärkere Hervortreten des syphilitischen Prozesses an den Meningen und der Kopfschwarte lediglich eine mechanische Ursache hat, und zwar mit einer besonders ausgiebigen Spirochätenaussaat nach der Schädelregion zusammenhängt. Hierdurch kommt es einmal an den Gefäßen der Kopfschwarte, insbesondere an den Arterien, von denen die Gefäße der Haarpapille ausgehen, und auch an den Papillargefäßen selber zu ausgedehnten endarteriitischen Veränderungen, so daß die Ernährung der Haare in den umschriebenen Bezirken erheblich geschädigt wird. Auf der anderen Seite stellt sich aber auch eine reichlichere Liquorinfektion ein, die zu frühzeitiger meningealer Entzündung Anlaß gibt. Ganz ähnlich liegen offenbar die Verhältnisse bei der Rezidivalopecie. Die praktische Bedeutung des Phänomens ist nicht unwesentlich, weil die mit der Alopecie einhergehenden Fälle bereits erhebliche meningeale Veränderungen aufweisen. Liegt das Symptom also vor, so ergiebt sich daraus für den Therapeuten die Notwendigkeit einer besonders eingehenden und gründlichen Behandlung.

Oberarzt Dr. **Enge**, Heilanstalt Strecknitz-Lübeck: **Die Salvarsanbehandlung der progressiven Paralyse.** Ueberblick über die Arbeiten der Jahre 1910—1914. (Therap. Monatshefte, Juni 1916.)

Ganz allgemein läßt sich über die Salvarsanbehandlung der progressiven Paralyse sagen, daß sie den anfänglichen Enthusiasmus nicht gerechtfertigt hat. Die geringe Wirksamkeit bezw. Unwirksamkeit aller antisyphilitischen Mittel bei der Behandlung der fertigen Paralyse, die doch nach der Entdeckung Noguchis als eine echte syphilitische Nervenerkrankung anzusehen ist, ist auch heute noch ungeklärt und rätselhaft. Ehrlich hat die Vermutung ausgesprochen, daß bei der progressiven Paralyse ein Rezidivstamm von Spirochäten besteht, der biologisch von den die frischen Infektionen bedingenden Spirochäten so verschieden ist, daß eine Resistenz gegen die therapeutischen Agentien zutage tritt. An dieser Resistenz trägt vielleicht auch die besondere Art der Ernährungs- und Zirkulationsverhältnisse des Gehirns Schuld. Nach alledem, was bisher über Behandlungsversuche bei der Paralyse mit Salvarsan bekannt geworden ist, wird man sich, sagt Verf., unbedenklich dahin äußern können, daß auch durch sie eine rationelle Therapie derselben leider noch nicht erzielt ist. Zum Schluß der Arbeit geht E. noch auf die Frage ein, ob das Salvarsan etwas in der Prophylaxe der Paralyse zu leisten imstande ist und ob es eine zweckmäßige Prophylaxe der Paralyse gibt. Schon frühzeitig ist die Ansicht ausgesprochen worden, daß durch eine rechtzeitige Vertilgung des syphilitischen Giftes die Folgeerkrankungen des Nervensystems in den meisten Fällen zu verhindern seien. Man hat dann gerade mit Berücksichtigung der Paralyse die Forderung aufgestellt, jeden Syphilitiker möglichst frühzeitig und so lange zu behandeln, bis die positive Wassermannsche Reaktion dauernd und vollständig geschwunden ist. Neisser hält die Verhütung der Paralyse durch Salvarsan für möglich, da im Gange befindliche Prozesse durch die Injektionen beeinflußt würden. Mit Neisser befürworten viele Autoren, den Rezidiven der Syphilis nach Kräften vorzubeugen, und empfehlen eine chronische intermittierende Behandlung mit J, Hg und Salvarsan, auch in den sogenannten latenten Fällen. Sie sind überzeugt, daß intensive Behandlung der primären und sekundären Syphilis für die Zukunft der Infizierten hinsichtlich späterer Erkrankungen des Zentralnervensystems nur günstig sein könne. Einstimmig sind diese Ansichten nicht. Im allgemeinen wird man doch nach Verf. aus prophylaktischen Rücksichten einer möglichst frühzeitigen und gründlichen Syphilisbehandlung des Nervensystems das Wort reden können.

Dr. **Rudolf Hesse**: **Ueber Behandlung impetiginöser Hauterkrankungen mit Sublimatumschlägen.** (Wiener medizin. Wochenschr., 1916, No. 27.)

Die Sublimattherapie bewährte sich Verf. unter allen bisher versuchten Mitteln am besten und namentlich erscheint sie für solche Geschwüre direkt indiziert zu sein, die im vernachlässigten Zustande eingebracht werden, wie das meist bei den von der Front kommenden Soldaten der Fall ist. Denn während früher ununterbrochen unter den Verbänden neue Blaseneruptionen beobachtet worden waren, traten seit Anwendung von Sublimatumschlägen diese fast nie mehr auf. Ebensowenig beobachtete Verf. jemals Quecksilbervergiftung (wie Stomatitis, Diarrhoe usw.). Die Technik gestaltete sich folgendermaßen: Die frischen und eiternden Geschwüre wurden mit lockernden Salben (Diachylon etc.) vorbehandelt. Nach 2—3 Tagen wurde dann mit den Umschlägen begonnen, und zwar verwendete H. ebenso wie Bienenstock eine ½ prom. Lösung. Da er bemerkte, daß beim Abnehmen des Verbandes sehr leicht das zarte Epithelhäutchen, das sich eben erst gebildet, durch Ankleben an den Verband wieder mit abgerissen und dadurch die Heilung verzögert wurde, so ließ Verf. das Geschwür selbst mit Dermatol oder Xeroform bedecken und erst darüber den Umschlag geben, der dann jeden Tag ein- bis zweimal erneuert wurde. Bei sehr empfindlicher oder gereizter Haut applizierte Verf. die Sublimatlösung in Form eines Gaze- oder Wattetampons nur auf die eiternde Fläche und schützte die Umgebung mit trockener Gaze.

Dr. **Büllmann**, Stabsarzt der Landwehr I: **Ueber Behandlung der Verbrennungen I. und II. Grades mit Klebeflüssigkeiten.** (Medizin. Klinik, 1916, No. 31.)

Um einerseits der Blutüberfüllung der Haut durch die Verbrennung Einhalt zu tun, andererseits die freiliegende Lederhaut luftdicht abzuschließen, verwendete Verfasser die Mastixlösung oder einen ähnlichen Klebstoff bei Verbrennung I. und II. Grades. Der vor Schmerz sehr aufgeregte Verbrannte bekommt zunächst die seinem Alter entsprechende Morphiumgabe verabreicht. Mittlerweile sind die Vorbereitungen zum Verbande getroffen. Die nächste Umgebung der Verbrennung wird mit Benzin oder Tetrachlorkohlenstoff gründlich gesäubert. Hierauf geschieht dasselbe mit der geröteten Haut

des I. Grades und den uneröffneten Blasen des II. Grades, wobei die nötige Vorsicht am Platze ist, die Blasen nicht zu eröffnen. Grundsätzlich wird keine Blase eröffnet, schon eröffnete werden mit keimfreien Werkzeugen abgetragen. Nun wird mit dem Pinsel die Klebeflüssigkeit (Mastix, Mastisol, Cutitekt, Cutifix, Recidol usw.) auf die Verbrennung, auf die freiliegende Lederhaut und dann auf die Umgebung dick aufgetragen. Nach dem Austrocknen werden dicke Schichten keimfreien Mulls in glatten Lagen aufgelegt und mit mehreren Binden, unter Umständen mit Hilfe von Schienen, gut zugebunden. Der Verband bleibt bis zu acht Tagen liegen. Eine Verbrennung I. Grades wird man nach dieser Zeit meist völlig frei lassen können, die Leimschicht wird später von selbst abschilfern. Es erscheint eine glatte, zunächst noch gerötete zarte Haut, die in den nächsten Tagen ihren Glanz und ihre Röte verliert und sich durch nichts mehr von der nicht verbrannten Umgebung unterscheidet. Bei der Verbrennung II. Grades, vor allem wenn zahlreiche und große Blasen vorhanden waren, bleiben die Blasen an dem Verband beim Wegziehen hängen. Den Grund der eröffneten Blasen bilden scharf umgrenzte, fibrinös belegte Stellen. Die Verbrennung II. Grades wird meist einen zweiten derartigen Verband erfordern, der ungefähr gleich lange liegen bleiben kann. Hierauf wird man die Verbrennung frei lassen können, wobei man sie je nach der Lage mit einem Kranzverband versehen kann. Darunter verkrusten die fibrinös belegten Blasengründe völlig ohne Schmerz.

Privat-Dozent Dr. **A. Burchard** (Rostock): **Gasabszeß, Gasphlegmone und Gasgangrän im Röntgenbild.** (Medizin. Klinik, 1916, No. 28.)

Erst im jetzigen Kriege haben wir die Erfahrung gemacht, daß sich durch die Tätigkeit anaerober Bakterien erzeugtes Gas im Gewebe röntgenologisch nachweisen läßt. Jedoch nicht nur für die Diagnose, sondern auch für das therapeutische Vorgehen und eventuell in Frage kommende chirurgische Eingriffe hat sich das Röntgenbild als enorm wertvoll erwiesen zur Erkenntnis, ob der Prozeß lokalisiert, ob er oberflächlich oder in der Tiefe gelegen, wie weit er zentralwärts vorgeschritten und wie stark die Erkrankung der Muskeln ist. So ist der Nachweis, wie weit die Gangrän der Muskeln geht, für die Bestimmung des Absetzungsortes des Gliedes wichtig. Wir können im Röntgenbild deutlich drei Formen der Gasinfektion unterscheiden: Gasabszeß, Gasphlegmone und Gasgangrän. 1. Gasabszeß. Bei dem Gasabszeß sieht man um den meist noch steckenden, größeren oder kleineren, mehr oder weniger zackigen Granatsplitter in dem Weichteilschatten des Röntgenbildes einen größeren oder kleineren (im Positiv) hellen Hof, der die Größe eines Apfels erreichen kann. Seine Begrenzungen sind oft ganz glatt, rund oder oval. 2. Gasphlegmone. Bei der Gasphlegmone sieht man oft ebenfalls einen Granatsplitter von einem hellen Hof umgeben, beides kann aber auch fehlen, dann aber sieht man, wie der krankhafte Prozeß sich in die nähere und fernere Umgebung ausdehnt. Meist vom Einschuß ausgehend finden sich im ganzen Gewebe flecken- und streifenförmige Schatten, die teils zwischen die einzelnen Muskeln eindringen und diese deutlich gegeneinander abheben, teils aber sich in den Muskeln selbst verbreiten und hier eine schicht- und lagenförmige Anordnung zeigen. Auch im Unterhautzellgewebe sieht man die Gasstreifen in ähnlicher Anordnung in die einzelnen Schichten eindringen. Die Gasansammlungen in den Muskelzwischenräumen sind mitunter so stark, daß sie auf der Originalplatte eine Breite von 1 cm und mehr einnehmen. Charakteristisch für die Gasphlegmone ist, daß die Gasschatten sich nicht etwa nur zentripetal im Gewebe zeigen, sondern daß sie sich auch in gleicher Weise abwärts vom Einschuß ausbreiten. 3. Gasgangrän. Ein wesentlich anderes Röntgenbild erhalten wir, wenn es schon zur brandigen Zersetzung des Muskels gekommen ist. Wir können dann auf dem Röntgenogramm, genau wie an einem anatomischen Präparat, den Stand der Gangrän studieren. Ein vollkommen vom Gasbrand ergriffener Muskel zeigt genau seinen Bau und die Struktur seiner Fasern, das Gas ist zwischen und in die einzelnen Fasern eingedrungen und hat sie auseinandergedrängt, so daß sie einzeln für sich wahrnehmbar sind.

Dr. **Kauffmann** (Berlin): **Zur Behandlung der Dysmenorrhoe mit dem Hefepräparat Menstrualin.** (Medizin. Klinik, 1916, No. 27.)

Das „Menstrualin" besteht nach Angaben des Verfertigers aus einer Kombination reiner Hefen ausgesuchter Stämme. Seine wirksamen Faktoren sind zum Teil die lebende Hefezelle selbst, zum Teil proteolytische Enzyme. Das Konservieren der ersteren sowohl, wie ganz besonders das Anreichern des Hefentrypsins geschieht nach einem Verfahren, das ein reines und dauernd stabiles Produkt garantiert, welches keine Beimengungen enthält, giftfrei und gut bekömmlich ist. Die Dosierung des Menstrualins ist an und für sich unbegrenzt, doch genügen geringe Mengen: zweimal täglich 2—3 Tabletten à 0,5 g, zwei Tage vor Eintritt und während des Menses zu nehmen, am besten mit den Mahlzeiten. Zu bemerken ist, daß zum Aufquellen keine heißen Flüssigkeiten verwendet werden dürfen. Die Beobachtungen über die Wirkungsweise des Menstrualins haben unerwartet günstige Resultate ergeben. Zur Behandlung wurden nur Fälle wirklich schwerer Dysmenorrhoe mit Migränesymptomen, Koliken, schweren Kreuz- und Leibschmerzen ausgesucht; fast alle Patientinnen hatten vorher schon andere Mittel ohne Erfolg benutzt, sämtlich mußten sie während der Menstruation das Bett hüten, einige nur einen halben Tag lang, andere bis zwei Tage. Die Ursachen der Dysmenorrhoe waren verschiedener Art; bei der Mehrzahl der Fälle handelte es sich um hypoplastische infantile Uteri, von denen einige eine ausgesprochene spitzwinkelige Anteflexis zeigten. Bei anderen Fällen gab eine chronische Endometritis den Anlaß für das Leiden, und endlich wurden auch einige Patientinnen mit leichten Adnexerkrankungen der Behandlung mit Menstrualin unterworfen. — Fabrikant des Menstrualins: Chemisches Laboratorium A. Schibig, Berlin-Steglitz, Moltkestraße 2. Gratisproben für Aerzte von diesem zu beziehen.

Dr. **Hans Oppenheim**, Frauenarzt u. Chirurg (Berlin-Steglitz): **Das Erystypticum bei gynäkologischen Blutungen.** (Medizin. Klinik, 1916, No. 32.)

Das Erystypticum ist aus unsren beiden bewährtesten uterinen Blutstillungsmitteln aufgebaut: dem Secacornin und dem Fluidextrakt der Hydrastis. Hydrastinin wirkt in erster Linie auf die Gefäßnerven, sowohl peripherisch wie zentral in Form einer Reizung der Konstriktoren, also gefäßverengend, während Secacornin tetanische Muskelkontraktionen, speziell der glatten Muskulatur, auszulösen vermag. Beide Wirkungen, die nervöse wie die muskuläre, sind besonders stark am Uterus ausgeprägt, so daß hier bei einem Zusammenwirken beider Komponenten die stärkste Kontraktion ausgelöst werden muß. Hinzu kommt ein allen Mutterkornpräparaten eigener, in seinen mikrochemischen Details indes noch unvollkommen erforschter Einfluß auf die innere Zusammensetzung (Viskosität) des Blutes (Cloetta). Durch eine Steigerung der Gerinnungsfähigkeit und -neigung wird deshalb die uterine Blutstillung durch das Erystypticum noch mehr erleichtert. Verfassers therapeutische Erfahrungen mit dem Erystypticum bei gynäkologischen Blutungen aller Art sind, in Uebereinstimmung mit anderen Autoren, recht günstige. Die Mono- und Metrorrhagien der Gebärmutter sind nach Verfassers Erfahrungen das geeignetste Indikationsgebiet für die Verwendung des Erystypticums. Das Präparat hat gegenüber analogen Mitteln den Vorzug der bequemen Dosierung — es wurden fast immer viermal täglich 20 Tropfen der Originalflasche mit 10,0 bezw. 20,0 ccm Inhalt verordnet —, der langen Haltbarkeit, die seine Verwendung auch in angebrochenen Flaschen längere Zeit und mit Intervallen gestattet, und nicht zum mindesten auch eines relativ billigen Preises.

Oberarzt d. R. Dr. **Dieckmann**: **Die traumatischen Trommelfellrupturen im Felde.** (Medizin. Klinik, 1916, No. 24.)

Verf. berichtet aus der großen Anzahl der von ihm beobachteten traumatischen Trommelfellrupturen infolge von Explosionswirkung über einige Fälle, die durch die Art ihrer Entstehung oder ihres Verlaufes interessante Einzelheiten bieten. Verf. war selbst über die Häufigkeit dieser Verletzung erstaunt und möchte mit den vorliegenden Zeilen vor allem darauf hinweisen, wie wichtig es ist, daß man ihr Beachtung schenkt. Heilt auch die überwiegende Mehrzahl ohne unser Zutun spontan, so müssen wir diese Heilungstendenz doch begünstigen, indem wir die sekundäre Infektion des Mittelohrs vom Gehörgang aus nach Möglichkeit zu verhindern suchen. Das geschieht einfach dadurch, daß wir die Patienten Watte im Ohre tragen lassen, so lange noch eine Perforation besteht. Man muß den Kranken über die Art und die Wirksamkeit des Schutzmittels belehren, damit er sich einen etwa verlorenen Wattetampon ersetzt oder ersetzen läßt. Die aus Tierhaaren hergestellte und besonders schalldurchlässige Akustikawatte wurde von einigen Patienten angenehm empfunden und gelobt. Die Behandlung kann in geeigneten Ortskrankenstuben oder im Feldlazarett erfolgen, wo eine gute Lichtquelle zur Verfügug steht, und wo man die Möglichkeit hat, die Hörweite bis etwa 6 m festzustellen. Es empfiehlt sich, die Kranken nicht zu früh den vollen Dienst wieder aufnehmen zu lassen, weil das verletzte Ohr gegen Schalleinwirkungen und Infektion noch für einige Zeit einen Locus minoris resistentiae darstellt. Man muß den Pat. ferner darauf hinweisen, daß er beim Waschen kein Wasser ins Ohr gelangen lassen darf und nicht im Freien badet. Verpönt ist natürlich das Ausspritzen des Ohres bei traumatischer Trommelfellruptur. Es unterliegt keinem Zweifel, daß Trommelfelle, an denen man die Spuren einer ehemaligen Mittelohrentzündung (Narben, Verkalkungen) nachweisen kann, infolge Spannungsanomalien und Verlust an Fasern in besonderem Maße zu traumatischen Rupturen neigen. Das gilt aber keineswegs für alle. Im Gegenteil. Verf. hatte, abgesehen von der Anamnese, auch bei Erhebung des Befundes bei den meisten Rupturfällen den Eindruck, daß es sich um vorher ganz normale Trommelfelle handelte. Bei allen Trommelfellverletzten scheint es Verf. notwendig, sie mög-

lichst frühzeitig einer exakten Inspektion zu unterziehen, die Hörweite für Flüstersprache festzustellen und während des weiteren Verlaufes häufig zu kontrollieren. Diese Werte und Befunde bieten die Grundlage für die Beurteilung späterer Versorgungsansprüche. Kr.

II. Therapeutische Notizen.

Dr. med. **Burkhardt**, prakt. Arzt in Berlin, schreibt uns über seine mit den **Sanabo-Apparaten** bei der Behandlung der äußeren Harnwege gemachten Erfahrungen folgendes: Die Behandlung der äußeren Harnwege hat verschiedene Wandlungen durchgemacht, von der rein innerlichen Behandlung — da man von einer äußerlichen eine Verschleppung der schädlichen Erreger fürchtete — über die Injektionsbehandlung zur Stäbcheneinführung und hohen Spülung mit Irrigator. Immer fürchtete man, durch den Druck der Spülflüssigkeit ein Weiterbewegen der infektiösen Sekrete in das Körperinnere, in die Blase zu veranlassen. Diese Furcht ist beseitigt durch eine von der „Sanabo" G. m. b. H., Berlin, hergestellte Kanüle Sanabo aus Nickelmetall. Das wesentliche Moment dieser im Deutschen Reiche patentierten Kanüle besteht in der Anbringung eines halbspitzen verdickten Konus an einem dünneren Spülrohr, der durch seine besondere Form imstande ist, die Harnröhre nach dem Körperinnern ventilartig abzuschließen und schräg nach außen führende, zweckmäßig angeordnete Spülöffnungen besitzt. Die Kanüle ist für männliche und weibliche Patienten eingerichtet, kann mit Injektionsspritze, Irrigator oder Gummiball benutzt werden und ist durch Kochen bequem zu sterilisieren. Die Applikation der Kanüle ist leicht und schmerzlos, und der Apparat bewährt sich in der Praxis ausgezeichnet. Seit Anwendung des „Sanabo"-Katheters während der letzten Monate habe ich einen wesentlich schnelleren Fortschritt in der Abtötung der Kokken feststellen können. Es scheint, als ob durch das Ausstreichen der Falten der Harnröhre durch den Konus mit den auf die ausgestrichenen Falten unmittelbar erfolgenden Flüssigkeitsstrahlen die letzten Verstecke der Kokken rascher aufgespürt und ausgespült werden. Ich finde die Idee, welche der Erfindung zugrunde liegt, bei aller Einfachheit genial.

In der Kriegsseuchentherapie nehmen zurzeit die Präparate **Bolusal** und **Bolusal mit Tierkohle** eine hervorragende Stelle ein. Die erste Mitteilung über Bolusal mit Tierkohle erfolgte von Prof. Albu in einer Arbeit: „Zur Kenntnis der Colitis ulcerosa" (Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie, 1914). Dort beschreibt er zunächst einen sehr alten rezidivierenden Fall von Colitis ulcerosa, in dem er schließlich Bolusal mit Tierkohle als Klistier und innerlich mit über alle Maßen überraschendem Erfolge angewandt hat, das gleiche bei vier weiteren Fällen. Albu gibt frühmorgens nach gründlicher Darmreinigung mittels warmer, leichter Sodalösung ein Schwemmklistier (1 Eßlöffel Bolusal mit Tierkohle in ¼ Liter warmen Wassers), das der Kranke so lange wie möglich zurückhalten soll, außerdem täglich einen Eßlöffel dieser Mischung in Wasser ½—1 Stunde vor den Hauptmahlzeiten. Prophylaktisch läßt er dies unschädliche Mittel, lediglich intern, in kleineren Dosen fortgesetzt nehmen. Rückfälle haben sich nicht mehr gezeigt. — Prof. Lennhoff bestätigt die prompte Wirkung dieses antitoxischen und antibakteriellen Agens auf Grund seiner Erfahrungen als Leiter eines Feldlazarettes bei sehr schweren Fällen von Ruhr (Medizinische Reform, 1915, No. 3). — Oberarzt Dr. Leschke von der II. Medizinischen Klinik der Charité hat neuerdings in einem Vortrage in den Berliner Vereinigten ärztlichen Gesellschaften über „Erfahrungen bei der Behandlung der Kriegsseuchen" (Berl. klin. Wochenschr., 1916, No. 24), gleichfalls die sehr günstigen Erfahrungen mit den Präparaten Bolusal und Bolusal mit Tierkohle erwähnt. Auf seine Anregung wurde noch ein drittes Präparat geschaffen, das sogenannte Bolusal mit Sauerstoff. Leschke sagt, daß neben der adsorbierenden Wirkung der Bolus und der Tierkohle bei den erwähnten Präparaten die adstringierende und desinfizierende des Tonerdehydrats bezw. die des Sauerstoffs günstig in Erscheinung trete. Patienten mit ruhrähnlichen Erkrankungen gab er das Präparat Bolusal mit Sauerstoff bei Bettruhe, flüssigbreiiger Kost und warmen Umschlägen. — Hersteller der Präparate ist Dr. Rudolf Reiss, Rheumasan- und Lenicet-Fabrik, Charlottenburg 4.

In der Wundbehandlung spielt die Verwendung der epithelisierenden Azofarbstoffe, seit Schmieden (Zentralbl. f. Chirurgie, 1908, No. 6) den ersten Vertreter dieser Reihe, das Scharlach R, in die Therapie eingeführt hat, eine nicht unwichtige Rolle. Die nach Schmiedens Vorschrift in der Dr. Brettschneiderschen Apotheke in Berlin hergestellte Scharlach-R-Salbe fand und findet noch vielfache Verwendung zur Ueberhäutung von Wunden der verschiedensten Art. Als ein Mangel der Scharlach-R-Salbe wurde jedoch die außerordentlich starke Färbekraft der purpurroten Salbe lästig empfunden und als erster Fortschritt auf diesem Gebiete ist die sogenannte Scharlach-Salbe nach Prof. Schmieden zu nennen, welche mit Hilfe von Amidoazotoluol medicinale „Agfa", einem Spaltungsprodukt des Scharlachrots, hergestellt wird (Hayward, Münch. mediz. Wochenschr., 1909, No. 36). Diese Salbe, deren epithelisierende Wirkung gleichfalls eine sehr kräftige ist, ist nur rötlich-gelb gefärbt. Immerhin gibt auch sie noch recht lästige Flecke in der Wäsche.

Da in einzelnen Fällen auch Reizwirkungen der Scharlach-Salbe, die eine Verwandtschaft mit der Anilinwirkung zeigten, beobachtet wurden, so wurde versucht, die freie Amidogruppe des Amidoazotoluols in ähnlicher Weise zu entgiften, wie dies beim Azetanilid und Phenazetin durch Einführung einer Azetylgruppe gelungen ist. Das von der Aktiengesellschaft für Anilin-Fabrikation zu Berlin hergestellte **Azodermin** (Monazetylamidoazotoluol) erfüllt in der Tat nach Curschmann (Therap. Monatsh., 1911, No. 12) und Gurbsky (Med. i. Kron. Lek., 1911, No. 88) vorzüglich die an ein Epithelisierungsmittel zu stellenden Anforderungen. Bei ganz geringem Färbevermögen, die Vaselinsalbe (Azoderminsalbe Agfa) zeigt schwach rötlich-gelbe Färbung, ist das Präparat ohne Reizwirkung auf die Haut und wirkt bei den verschiedensten Verletzungen, Unterschenkelgeschwüren, Verbrennungen, sich schlecht überhäutenden Granulationen ausgezeichnet epithelisierend. Auch bei ausgedehnten Defekten erübrigten sich bei Azoderminbehandlung Transplantationen, die neu gebildete Haut war fest, andererseits war die Granulationsbildung nie zu stark, so daß ein Wechseln der Azoderminsalbe mit indifferenten Salben, wie ja sonst bei anderen epithelisierenden Präparaten nötig, sich erübrigt.

III. Tagesgeschichte.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Das **Eiserne Kreuz I. Klasse** haben erhalten: Oberstabsarzt d. Res. Dr. Koch (Wiesbaden), Generalarzt Dr. Julius Sönning, Assistenzarzt d. Res. Dr. Berthold Stahr, Assistenzarzt d. Res. Dr. Stalling (Oldenburg), Oberarzt Prof. Dr. Stieda (Halle a. S.).

Marburg. Der Privatdozent der gerichtlichen Medizin und Staatsarzneikunde Kreisassistenzarzt Dr. Max Doellner ist zum Gerichtsarzt in Duisburg ernannt worden.

Freiburg i. Br. Die Privatdozenten Dr. A. Bacmeister (innere Medizin) und Dr. P. Trendelenburg (Pharmakologie) wurden zu außerordentlichen Professoren befördert.

Wien. Dr. Edmund Herrmann hat sich für Geburtshilfe und Gynäkologie, Dr. Fritz Schenk für Zahnheilkunde habilitiert.

— Der Privatdozent für systematische Botanik und Pflanzengeographie, städt. Oberbezirksarzt Dr. A. v. Hayek hat den Titel eines außerordentlichen Professors erhalten.

Prag. Dr. Georg Brdlik hat sich an der tschechischen Universität für Kinderheilkunde habilitiert.

Budapest. Dr. Eugen Holzwarth ist zum außerordentlichen Professor der chirurgischen Operationslehre ernannt worden.

Verschiedenes.

Dresden. Als Sonderabdruck aus dem Werk „Das Königreich Sachsen" ist soeben ein kleines geschmackvoll ausgestattetes Heft **„Chemische Fabrik Helfenberg A.-G.** vorm. Eugen Dieterich" erschienen, das in höchst anregender Weise ein Bild von dem Werden und Wachsen der bekannten Großfirma entwirft. Wir sehen, wie der mit wissenschaftlich-technischem Können und unermüdlicher Energie gepaarte Unternehmungsgeist des verstorbenen Begründers in dem bis dahin unbekannten Helfenberg einen Betrieb ins Leben rief, der sich aus kleinsten Anfängen in verhältnismäßig kurzer Zeit zu dem heutigen Weltgeschäft entwickelte. Die Firma, die gegenwärtig von dem Sohne des Begründers, dem Privatdozenten Gr. Karl Dieterich geleitet wird, hat während der verflossenen beiden Kriegsjahre mit demselben Erfolg gearbeitet wie im Frieden; sie wird in wenigen Jahren die Feier ihres fünfzigjährigen Bestehens begehen können.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: San.-Rat Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil S. Caspari, Berlin-Schöneberg.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW. 68, Alexandrinenstraße 110.

85. Jahrgang **Berlin, 23. September 1916** **No. 39**

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Steinplatz 105 56

85. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W. 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Referate.

Doz. Dr. **Rudolf Kaufmann**, Chefarzt der Herzstation des Reservespitals No. 16 (Wien) und Dr. **Paul Krcal**, Chefarzt der internen Abteilung des Erzherzog-Rainer-Militärspitals: **Ueber Laufen und Stiegenlaufen als Prüfung der Leistungsfähigkeit des Herzens.** (Medizin. Klinik, 1916, No. 24.)

Mit der Aufgabe der Herzuntersuchungen bei der wehrpflichtigen Mannschaft betraut, haben die Verff. schon in den ersten Wochen des Krieges nach Untersuchungsmethoden gesucht, welche ihnen in den zahlreichen Fällen weiterhelfen sollten, in welchen der Widerspruch zwischen dem objektiven Befunde und den subjektiven Beschwerden trotz der genauen Durchführung der physikalischen und radiologischen Untersuchung Zweifel an der Vollständigkeit der Untersuchung zurückließ. Sie hatten es bei diesen „Konstatierungsuntersuchungen" immer wieder mit Männern zu tun, bei welchen auch die genaueste Untersuchung der Herzgröße, der Herztöne, der Beschaffenheit des peripheren Zirkulationsapparates nichts von organischer Erkrankung aufdeckt, die Beschwerden aber trotzdem wahrheitsgetreu geschildert zu sein scheinen. Insbesondere werden die Uebungen im Laufschritte oder das Bergaufgehen als Anstrengungen geschildert, welche unerträgliches Herzklopfen oder Atemnot oder Schwindel und Ohnmachtsanfälle hervorrufen sollen, ohne daß die Untersuchung des stehenden oder liegenden Soldaten die Ursache dieser Erscheinungen ergibt. Deshalb lag es nahe, die Beobachtungen auf den Zustand des Zirkulationsapparates nach dem Laufen und — da das Bergaufgehen sonst nicht nachzuahmen war — nach dem Laufen über Stiegen auszudehnen. Die Verff. ließen die zu Untersuchenden in den ersten Monaten über zwei Stockwerke von zusammen 56 Stufen rasch hinauf- und herunterlaufen, später, als sie ihr Untersuchungslokal änderten, bestand der im militärischen Laufschritte zurückzulegende Weg in einer Strecke von 46 m, in einem Stockwerke von 28 Stufen und dem Rückwege in das Untersuchungszimmer. Im Anfange zählten sie nur die Pulse. Später, als sie Normalzahlen gewonnen und dadurch gesehen hatten, daß häufig kein Unterschied in den Pulszahlen von Herzkranken und Herzgesunden nach dosiertem Laufen zu finden war, lernten sie großes Gewicht auf den Anblick des Untersuchten nach seiner Rückkehr zu legen. Für die praktische Anwendung des Treppenlaufens bei den militärischen Konstatierungen ergeben diese Beobachtungen folgende Schlüsse: Das Treppenlaufen ist eine gut brauchbare, rasch orientierende Probe für die Leistungsfähigkeit des Herzens, welche im Anschluß an alle anderen Untersuchungsmethoden des Herzens verwendet werden kann. Wenn durch einige Voruntersuchungen eine Strecke ermittelt ist, nach deren Durchlaufen im militärischen Laufschritte die Pulszahl Gesunder zwischen 140 und 160 liegt, so spricht in zweifelhaften Fällen das Auftreten höherer Pulsfrequenzen ohne Zeichen objektiver Dyspnoe für das Bestehen einer Herzneurose. Nähern sich die Ziffern aber der Grenze von 200 oder gehen sie darüber hinaus, so ist die Annahme berechtigt, daß das untersuchte Herz, auch wenn es anatomisch gesund ist, großen Anstrengungen gegenüber sich als leistungsunfähig erweisen wird. Das Auftreten von Zyanose, erschwerte Atmung und Kälte der Haut begründen den Verdacht auf organische Herzerkrankung, und erlauben, wenn diese Symptome höheren Grad erreichen, diese Diagnose auch beim Fehlen anderer objektiver Symptome.

Dr. C. **Kittsteiner** (Hanau a. M.), Assistenzarzt an einem Feldlazarett: **Ein eigentümliches Verhalten des Pulses bei Herzneurosen.** (Berl. klin. Wochenschr., 1916, No. 26.)

Unter der großen Zahl der Kranken mit Herzbeschwerden konnte auch Verf. im Gegensatz zu den Erfahrungen des Friedens ein auffallendes Ueberwiegen der Herzneurosen beobachten; es waren 79 Proz. aller Herzkranken. Die Symptome, welche die zu besprechenden Kranken zeigten, waren subjektiv: häufiges Herzklopfen, Beengung der Brust, Atemnot, Stiche oder Druck in der Herzgegend, schlechter Schlaf. Objektiv war am Herzen außer einem (akzidentellen) systolischen Geräusch und lauten, oft paukenden Tönen meist eine Pulsbeschleunigung zu finden. Bei einigen war aber auch normale oder auch verlangsamte Schlagfolge vorhanden. Stauungserscheinungen fehlten stets, der Urin zeigte keine Besonderheiten. Die Röntgenuntersuchung des Herzens zeigte nichts Auffallendes. Diese Patienten waren oft etwas blaß und schwächlich und zeigten im übrigen vielfach nervöse Störungen: sehr lebhafte Reflexe, leichtes Schwitzen, deutliche Pulsverlangsamung beim Vorwärtsbeugen. Häufig fand sich eine geringe Vergrößerung der Schilddrüse, ohne daß thyreotoxische Symptome bestanden hätten. Bei der Herzfunktionsprüfung dieser Patienten konnte Verf. fast immer folgendes feststellen: Die in der Ruhe vorhandene Pulszahl erhöht sich, wenn der Patient zehn Kniebeugen gemacht hat, mäßig. Eine Minute nach diesen Kniebeugen sinkt nun die Pulszahl nicht nur zu der vor den Kniebeugen beobachteten Zahl herab, sondern auffallenderweise um etwa 10—20 Schläge tiefer. Erst allmählich steigt dann die Pulszahl wieder zur Anfangszahl. Bei systematischer Untersuchung fand Verf. das nicht nur bei rein nervöser, sondern auch bei zweifellos thyreogener Tachykardie. Auch bei Herzneurosen mit Pulsverlangsamung und bei kompensierten Klappenfehlern (wenn bei letzteren die obenerwähnten nervösen Symptome da waren) konnte Verf. es finden. Unter 34 näher untersuchten Herzneurosen fand sich das Symptom bei 23. Es ist also ziemlich häufig. Bei den Fällen, welche es nie zeigten, fand man auch die obenerwähnten nervösen Symptome nicht; oder wenn sie da waren, so wiesen die Kranken Zeichen einer organischen Erkrankung auf: die Pulszahl blieb längere Zeit erhöht nach der Arbeitsleistung. Schließlich fand Verfasser noch, daß man das fragliche Symptom auch bei gesunden Menschen hervorrufen kann, wenn man sie erschreckt. Was ist nun die Ursache des tiefen Sinkens der Pulszahl nach den Kniebeugen? Dies ist die Folge einer Vagusreizung. Diese Vagusreizung wird durch die Muskelarbeit selbst ausgelöst. Wenn dabei die Pulszahl unter die Norm sinkt, so spricht dies für Uebererregbarkeit des Vagus („Vagotonie").

Hans Curschmann (Mainz): **Ueber Gefahren der intravenösen Strophanthinbehandlung.** (Therap. Monatshefte, Juni 1916.)

Verf. wendet das Strophanthin seit seiner Einführung durch Fränkel, also bereits seit 1906, an und schätzt es hoch. Um so mehr fühlt er sich berechtigt und veranlaßt, auf die nicht geringen Gefahren des Mittels bei zu hoher Dosierung und in schweren Fällen von Herz- und Niereninsuffizienz hinzuweisen. Verf. zeigt an einigen Fällen, daß auch bei schulmäßig korrekter Anwendung des Mittels in seiner ganz ausgesprochenen Domäne, der chronischen Nephritis mit intermittierender Herzinsuffizienz, sich schwere Zustände, ja sogar der Exitus subitus einstellen können. Verf. zieht aus dieser Erfahrung aber nicht die Lehre, daß wir die schweren, zur Dekompensation neigenden Schrumpfnieren aus dem Indikationsgebiet des Strophanthins verbannen; das wäre ein Fehler, weil gerade diese Fälle die Domäne des Strophanthins, das hier der Digitalis stark überlegen erscheint, bilden. Wir müssen vielmehr die Dosierung des Strophanthins prinzipiell ändern, d. i. vermindern. Verf. hat sich auf Grund seiner bösen Erfahrung gewöhnt, die Dosis von 0,5 mg überhaupt nicht und in keinem (auch leichteren) Falle zu überschreiten und hat den Eindruck gewonnen, daß man schon mit dieser Dosis die gewohnten und gewünschten Strophanthinerfolge erzielen kann. Nur so wird es wahrscheinlich gelingen, verhängnisvolle Schädigungen ganz zu vermeiden. Man wird aber die an die alte Dosierung des Strophantins gewöhnten Aerzte von dieser nur dann entwöhnen können, wenn sich auch die herstellende Firma Boehringer entschließt, die Dosierung ihrer Strophanthinampullen zu verändern und statt der alten 1,0 mg enthaltenden grundsätzlich nur Ampullen von 0,5 mg in den Handel zu bringen. Da die große Mehrzahl der Aerzte — schon aus Gewohnheit — nicht mehr als den Inhalt einer Ampulle auf einmal einzuspritzen pflegt, wird dadurch der Ueberschreitung der vom Verf. vorgeschlagenen 0,5 mg-Dosis am wirksamsten vorgebeugt werden. Im Interesse der wirklichen und großen Vorzüge des Mittels (bei vorsichtiger Dosierung) wäre das sehr zu wünschen.

Dr. **Ernst Meyer**, Assistent der 1. Inneren Abt. des Städtischen Krankenhauses im Friedrichshain (Berlin): **Klinische Erfahrungen mit einem neuen Theobrominderivat (Theacylon).** (Medizin. Klinik, 1916, No. 24.)

Verf. hat eine größere Zahl von Vitien und Nephritiden mit Stauungserscheinungen mit einem neuen Theobrominderivat behandelt, von dessen günstigen und unschädlichen Wirkungen Hoffmann berichtete. Nach seinen Ausführungen ist das Präparat ein Acetylsalicocyltheobromin, das von der Firma Merck den Namen Theacylon erhielt. Inzwischen ist auch von Bergmann, ferner von Radwansky und Feldheim auf die günstige diuretische Wirkung des neuen Präparates hingewiesen worden. Nach Verfassers Erfahrungen ist das Präparat ein brauchbares, empfehlenswertes Diureticum, das auch in solchen Fällen angewendet zu werden verdient, in denen die bisher gebräuchlichen Mittel versagen. Bei der Schwere der subjektiven Erscheinungen, unter denen die Patienten leiden, ist gerade die durch Theacylongaben zu beobachtende subjektive Erleichterung eine sehr schätzenswerte Eigenschaft, die auch bei Ausbleiben der Diurese auftreten kann. Im allgemeinen ist die Dosis von dreimal 1 g pro die, und zwar in Tablettenform, am zweckmäßigsten, da Verf. die Erfahrung machte, daß Theacylon als Pulver leichter Uebelkeit, Erbrechen usw. hervorruft. In den Fällen, in denen durch das Präparat Brechreiz verursacht wird, kann man einen Versuch mit Salzsäurezugabe machen. Unerwünschte Nebenerscheinungen in Form eines Exanthems mit Fieber, wie Verf. in einem Falle beobachtete, die möglicherweise durch Theacylon hervorgerufen sind, konnte er sonst nicht beobachten. Bei ausbleibender Diurese kann es außerdem empfehlenswert sein, Theacylon mit Koffein oder Digitalis eventl. auch mit einem anderen Purinderivat zusammen zu verabreichen. Besonders willkommen ist das neue Mittel bei dekompensierten Aortenfehlern, bei denen uns meistens die Digitalistherapie im Stiche läßt. Als besonderen Vorteil des Theacylon hebt Verf. noch folgendes hervor: 1. die diuretische Wirkung des Theacylon tritt auch in solchen Fällen ein, wo andere Diuretica versagen. 2. Die Wirkung tritt im allgemeinen rascher als nach Diuretin auf, meistens schon am ersten bis zweiten Tage, während sie nach Diuretin häufig erst nach acht Tagen zur Beobachtung gelangt. 3. Zur optimalen Wirkung genügen in manchen Fällen kleinere Dosen als bei Diuretin; Verf. ist bei Theacylon gelegentlich mit 1,5—2.0 g pro die ausgekommen. 4. Im Vergleiche zu Diuretin scheinen unerfreuliche Nebenwirkungen von seiten des Magens seltener aufzutreten.

Reg.-Arzt **Paul Saxl**, Assist. d. 1. med. Klinik in Wien: **Physostigmin als Expektorans.** (Medizin. Klinik, 1916, No. 25.)

Verf. hat versucht, Physostigmin als Expektorans zu geben und teilt im vorliegenden seine diesbezüglichen Erfahrungen mit, die es als vielfach brauchbares Expektorans erkennen ließen. Er hat täglich zweimal ein Pulver gegeben:

Physostigmin. salicyl.	0.00075
Sacch. albi	0,5

und diese Medikation oft durch lange Zeit fortgesetzt. Nach diesen Dosen sah er niemals Schweiße auftreten. Die Patienten nahmen es gern, und öfters wurde Verf. nach dem Aussetzen der Medikation von den Patienten gebeten, ihnen wieder Physostigmin zur Erleichterung des Abhustens zu geben. Aus den Beobachtungen Verfassers ergibt sich, daß Physostigmin, in der genannten Dosis gegeben, die Sekretion der Bronchialdrüsen nicht wesentlich steigert, daß es hingegen die Bronchialmuskulatur zur Kontraktion anregt und dadurch zu einem leichteren Abhusten und zu einer „freieren Atmung" führt. Irgendwelche ungünstige Nebenerscheinungen ließen sich nicht konstatieren. Daher scheint Verf. die Hauptindikation für das Physostigmin bei jenen Formen der Erkrankung der Bronchialmuskulatur gelegen zu sein, wo wir von vornherein eine gewisse Atonie der Muskulatur annehmen dürfen: also bei jenen asthenischen Individuen, die uns aus der Klinik der Tuberkulose wohlbekannt sind. Doch auch akute und chronische Bronchitis sowie die Pneumonie bilden eine Indikation für die Physostigmintherapie. Schließlich weist Verf. darauf hin, daß die günstige Einwirkung des Physostigmins auf den Tonus der Magen-Darmmuskulatur asthenischer Individuen zu einer Besserung der Verdauungsfunktionen und vor allem zu einem besseren Appetit führt.

Dr. med. **Adolf Ohly** (Cassel): **Beiträge zur Chologenbehandlung der Cholelithiasis.** (Therap. Monatshefte, Juli 1916.)

Verf. stellt fest, daß bei richtiger Auswahl der geeigneten Fälle das Chologen im Zusammenhang mit anderen physikalisch-diätetischen Maßnahmen ein wertvolles Mittel in der Behandlung der Gallensteinkrankheit darstellt. Welches sind nun die für Chologenbehandlung geeigneten Fälle? Verf. hat in den letzten 5 Jahren nahezu 300 Fälle mit Chologen behandelt und dabei die Beobachtung gemacht, daß sich dabei gewisse Indikationen und Kontraindikationen ergeben haben. Verf. teilt zur besseren Uebersicht die Fälle in Gruppen ein: Zur Gruppe I der für Chologenbehandlung geeigneten Fälle gehören die Gallensteinkranken, bei denen die sekundären Beschwerden im Vordergrunde des Krankheitsbildes stehen und bei denen Koliken, jedoch ohne Steinabgang, vorgekommen sind. Meist leiden derartige Patienten an hartnäckiger Obstipation mit abnorm starken Blähungen und einem Gefühl der Aufgetriebenheit im Leibe. Die II. für Chologenbehandlung geeignete Gruppe bilden die Patienten, die bereits Koliken mit Steinabgang, sogenannte erfolgreiche Koliken, gehabt haben, bei denen es aber noch nicht zu schweren entzündlichen Veränderungen der Gallenwege gekommen ist. Die dritte Gruppe umfaßt die Fälle, welche leicht entzündliche Erscheinungen der Gallenblase, erkennbar an Temperatursteigerungen, aufweisen. Hier empfiehlt es sich, durch Salol- und andere Salizylpräparate, Bettruhe und heiße Kompressen die akut entzündlichen Erscheinungen zu beseitigen und dann eine Chologenkur anzuschließen. Zur vierten Gruppe gehören die Fälle von chronischem Ikterus mit und ohne Fieber. Bei denen mit Fieber empfiehlt es sich, auch hier erst die entzündlichen Erscheinungen zu bekämpfen und dann eine Chologenkur anzuwenden. Bei Ikterus ohne Fieber kann man gleich mit der Chologenkur beginnen. — Kontraindiziert ist eine Behandlung mit Chologen: 1. bei dem Empyem der Gallenblase, 2. bei der eitrigen Cholangitis mit Leberabszeß, 3. bei dem chronischen Choledochusverschluß, der sich nach 4—6 Wochen nicht löst, 4. bei Perforationsprozessen an den Gallenwegen, 5. beim Hydrops der Gallenblase, 6. bei akuter schwerer Cholecystitis, 7. bei den durch Verwachsungen der Gallenblase mit den Nachbarorganen hervorgerufenen Komplikationen, 8. bei erfolglosen Anfällen, welche so häufig hintereinander auftreten, daß dadurch das Allgemeinbefinden der Kranken ungünstig beeinflußt wird. Alle diese Fälle müssen möglichst bald dem Chirurgen zugeführt werden. Ungeeignet für Chologenbehandlung sind ferner diejenigen Fälle, bei denen Neigung zu Durchfällen besteht. — Durchführung der Kur: Nüchtern 1 Glas heißes oder dem Magenchemismus entsprechendes Mineralwasser. Dazu 10 Tage 1 Tablette von No. 1 vor dem Mittag- und Abendessen, bei hartnäckiger Verstopfung eventl. abends 2 Tabletten von No. 1. 40 Tage 1—2 Tabletten von No. 1 vor dem Mittag- und 2 von No. 2 vor dem Abendessen. 10 Tage 1 Tablette von No. 3 vor dem 2. Frühstück, Mittag- und Abendessen. Bei Verstopfung abends noch 1 Tablette von No. 1. Die während der Kur einzuhaltende Diät richtet sich nach dem durch Magenuntersuchung festzustellenden Magenchemismus. Daneben wird man reichlich von Wärmeapplikationen in Form von Fango, Moor, Leinsamen, Thermophor, Wärmflasche, heißer Luft Gebrauch machen. Besonders die letztere möchte Verf. empfehlen.

Nervenarzt Dr. **H. W. Zahn**, Oberarzt d. R. (Berlin): **Die hypnotische Behandlung bei im Felde entstandenen psychogenen Erkrankungen.** (Medizin. Klinik, 1916, No. 24.)

Erst vor kurzem hat Nonne auf die Bedeutung der hypnotischen Behandlung bei im Felde entstandenen psychogenen Erkrankungen hingewiesen. Die Erfolge, die auch Verf. auf der Nervenstation des Reservelazaretts Kollegienhaus zu Er-

langen hatte, veranlassen ihn, über seine Resultate zu berichten. Bei den vorliegenden Fällen haben Granateinschläge oder Verschüttungen, im Felde erworbene körperliche Erkrankungen, die Auslösung der gegenwärtigen Leiden veranlaßt, die sich in Lähmungen, Zitteranfällen, Angstzuständen, Aphonie, Taubheit und ähnlichen psychogenen Krankheitsbildern äußerten. Alle Patienten haben schon vor ihrer jetzigen augenfälligen Erkrankung an nervösen Störungen gelitten. Freilich waren bei einigen die Spuren ihrer psychogenen Konstitution sehr verwischt und nur nach genauen anamnestischen Erhebungen feststellbar. Bei psychisch Intakten äußern sich körperliche und seelische Erschütterungen im Felde auf ganz andere Weise; aber auch hier begegnen wir charakteristischen Bildern. Verf. hat wiederholt Gelegenheit gehabt, Offiziere und Mannschaften direkt nach Verschüttung, nach Sturmangriffen und schweren Beschießungen zu untersuchen. Wir finden hier entweder schlaffe oder hochgradig erregte Herzen, völlige körperliche wie seelische Erschöpfung oder hypomanische Erregungszustände. Verf. berichtet aus dem ihm zu Gebote stehenden Material über einige charakteristische Fälle. Weit entfernt, die hypnotische Behandlung zu überschätzen, glaubt Verf. doch, daß sie gerade bei den vorliegenden Krankheitsbildern als ein willkommenes Verfahren gelten darf, das uns ermöglicht, eine große Zahl Patienten wieder berufs- und militärdienstfähig zu machen.

Siegmund Auerbach (Frankfurt a. M.): **Einige Leitsätze für die Behandlung der Schußverletzungen peripherer Nerven.** (Therap. Monatshefte, Juli 1916.)

Schon unmittelbar nach der Verwundung — nach einer Nervennaht ist das ganz selbstverständlich — soll man die Extremität so lagern, daß die Stümpfe der durchschossenen Nerven möglichst einander genähert werden, z. B. bei Durchtrennung des N. ulnaris am Oberarm in Streckstellung des Ellbogengelenks, des N. medianus in Beugestellung desselben usw. Ist der Schußkanal sicher aseptisch, die Durchschießung eines Nerven nach der Schußrichtung und dem funktionellen sowie elektrischen Verhalten des von ihm versorgten Muskelgebietes anzunehmen, so soll man, sobald es die äußeren Umstände gestatten, zur operativen Freilegung und Naht schreiten. Bei zu langem Zuwarten werden die lädierten Nerven im Schußkanal durch den Narbenzug immer mehr stranguliert und ihre Leistungsfähigkeit immer mehr aufgehoben; ist der Nerv durchschossen, so wird der sich ausbildende fibromatöse Nervenkallus immer stärker. Die Ausschälung der Nerven wird technisch immer schwieriger, eine Schädigung (Zerrung) der Nervenstämme immer schwerer vermeidbar. Ist ein Nerv im Schußkanal nur adhärent, so genügt die Neurolyse. Ihre Erfolge sind gute. Ist der Nerv in seinem ganzen Querschnitte oder im größten Teile desselben kallös verändert, so muß man die bindegewebige Partie resezieren, und zwar zentral und peripher so weit, bis zweifelsfreie Nervenbündel zutage treten. Alsdann ist die Nervennaht unter möglichster Beachtung der Stoffelschen Lehre vom topographischen Querschnitte der Nervenstämme (Vermeidung von Torquierungen!) und unter peinlicher Schonung der Nervenbündel auszuführen, wenn möglich, als rein epineurale Naht. Sowohl nach ausgedehnten Resektionen von kallös veränderten Nervenpartien, als auch bei Nervenabschüssen ist man öfters wegen der sich ergebenden größeren Diastase zwischen dem zentralen und peripheren Stumpfe gezwungen, dem betreffenden Gliede eine extreme Stellung zu geben, um die Nervenenden noch zusammenzubringen. Sowohl nach Neurolysen- als nach Nervennähten soll man eine Einscheidung der Nerven vornehmen, um eine Wiederverwachsung mit dem umgebenden Gewebe zu verhüten. Kommen Nervenschußlähmungen erst längere Zeit nach der Verwundung in unsere Hand, so sollen wir die Freilegung niemals ablehnen, da die Möglichkeit des Auswachsens von Nervenfasern aus dem zentralen Ende stets gegeben ist, solange die zugehörigen Ursprungsganglienzellen erhalten sind. Nach den erwähnten Operationen muß, sobald die Wunde geheilt ist, eine intensive Nachbehandlung einsetzen, die vor allem eine degenerative Atrophie der betreffenden Muskelgruppen zu verhüten hat (Elektrotherapie und Massage). Sofort nach der Verletzung muß ein Stützapparat verordnet werden, der die eine Regeneration außerordentlich verzögernde Ueberdehnung der gelähmten Muskeln verhüten soll. Alle an Nervenschußlähmungen Leidenden sollten sich absoluter Alkoholabstinenz befleißigen, da der schädliche Einfluß alkoholischer Getränke auf Neuritiden jeder Art einwandfrei erwiesen ist.

Dr. **Hugo Hecht** (Prag): **Eine einfache Jodprobe.** (Medizin. Klinik, 1916, No. 27.)

In zwei Reagenzröhrchen werden je 12—15 ccm des zu untersuchenden Harnes gegeben. Dann wird das eine Röhrchen mit gewöhnlicher 3 proz. Wasserstoffsuperoxydlösung bis zu $^9/_{10}$ des Inhalts aufgefüllt, das andere mit Wasser. Schüttelt man nun kräftig durch, so tritt bei Vorhandensein von Jodverbindungen im Harn in dem mit Wasserstoffsuperoxyd beschickten Röhrchen in zwei bis drei Minuten eine Braunfärbung ein. Bei größeren Jodmengen kann die Farbe goldbraun bis tief dunkelbraun werden. Bei sehr geringen Jodmengen sieht man eine Farbenänderung durch Vergleich mit dem wasserverdünnten Harn; am deutlichsten ist sie dann am Meniscus, wenn man einen weißen Hintergrund benützt. Man kann so Jodnatrium noch in einer Verdünnung von 1:15 000 nachweisen. Ist man aber nicht ganz sicher, so schüttelt man mit Chloroform aus; das Chloroform färbt sich bei Vorhandensein von geringen Jodmengen blaßrot, auch wenn eine Braunfärbung nach Zusatz von Wasserstoffsuperoxyd nicht in Erscheinung tritt. — Diese Jodprobe hat sich Verf. in ihrer Einfachheit ganz ausgezeichnet bewährt, um bei Syphilitikern in einem Militärspital den Gebrauch von Jodnatrium zu kontrollieren.

Dr. **Ernst Fränkel**, Dr. **Ludwig Frankenthal** und Dr. **Harry Koenigsfeld** (Freiburg i. Br.): **Zur Aetiologie, Pathogenese und Prophylaxe des Gasödems.** (Medizin. Klinik, 1916, No. 26 u. 27.)

Die an einem großen Material angestellten Untersuchungen führten zu folgenden wichtigen Ergebnissen: 1. Es handelte sich bei den Erkrankungen, die klinisch teils als malignes Oedem, teils als Gasphlegmone angesprochen wurden, um eine pathologisch-anatomisch, ätiologisch und biologisch einheitliche Erkrankungsform. 2. Die Erkrankung tritt meist auf im Anschluß an Granat- und Minenverletzungen, insbesondere bei stark zerfetzten Wunden. Sie äußert sich lokal durch Oedem- und Gasbildung im subkutanen Gewebe und in der Muskulatur in der näheren und weiteren Umgebung der Wunde, in zundrigem Zerfalle und Degeneration der Muskulatur, sowie in serös-fibrinöser Exsudation im Zwischenmuskelgewebe, allgemein in rasch fortschreitender Anämie. 3. Verursacht wird die Erkrankung durch ein dem Erdboden entstammendes und in die Wunden gelangendes anaerobes Bacterium, das wohl der Gruppe der Buttersäurebazillen angehört und dessen spezielle Eigenschaften von den Verff. genauer beschrieben wurden. 4. Intra vitam finden sich die Bazillen in der Wunde und deren Umgebung, insbesondere in der Muskulatur. In die Blutbahn gelangen sie anscheinend erst in der Agonie und post mortem, so daß der Tod wohl durch die Giftwirkung der Bazillen verursacht wird. 5. Es gelang, durch aktive Immunisierung beim Pferde ein Serum zu gewinnen, welches eine Schutzwirkung gegen die Infektion mit den Gasödembazillen beim Meerschweinchen ausübt.

Dr. **G. Praetorius** (Hannover), urol. Abteilungsarzt des Städt. Krankenhauses „Siloah" in Hannover-Linden: **Neue Methoden zur Behandlung der Blasenpapillome.** (Medizin. Klinik, 1916, No. 24.)

Verf. sieht alle deutlich gestielten Papillome, bei denen cystoskopisch keine Infiltration der Umgebung nachweisbar ist, als für die intravesikale Behandlung geeignet an, während er bei allen cystoskopisch auch nur verdächtigen Tumoren die blutige Entfernung mit Resektion des entsprechenden Teiles der Blasenwand für geboten hält. Von diesem Standpunkte aus empfiehlt er zwei bisher unbekannte Methoden der Behandlung: I. Behandlung der Blutung mit intravenösen Mammin-Injektionen. Grosser verwendete das Präparat zuerst in drei Fällen von Blasenpapillomen mit unstillbaren Blutungen, wo ein blutiger Eingriff abgelehnt wurde. Er gab das Mammin subkutan, und zwar zweimal täglich je 0,3 der Lösung. Nach sechs Wochen sistierten in allen Fällen die Blutungen. Gleichzeitig glaubte Grosser, cystoskopisch eine Verkleinerung der Tumoren feststellen zu können. Verf. konnte die Behauptungen Grossers bestätigen und verbesserte die Wirkung des Präparates noch dadurch, daß er es intravenös anwandte. II. Nekrotisierung der Papillomzotten mittels 20 proz. Collargollösung. Verf. denkt nicht daran, daß die Collargolmethode etwa die bisherigen intravesikalen Methoden, insbesondere die Koagulation, verdrängen könnte. Aber als ergänzende und vor allem als vorbereitende Behandlung wird sie nach P. eine gewisse Bedeutung erlangen. Das Collargol darf natürlich nur so stark konzentriert sein, daß lediglich die Papillome angegriffen werden, die normale Schleimhaut jedoch nicht. Die größere Angreifbarkeit der Papillome ist nun begründet in ihrer Weichheit und in der Dünne der Stiele, zwei Faktoren, die dem Collargol das Diffundieren erleichtern. Also nur einigermaßen weiche und leidlich dünn gestielte Tumoren werden für das Collargol in Frage kommen. Weich sind nun aber vor allem sämtliche flottierende Zotten, also gerade die Bestandteile, die so oft das Cystoskopieren und das intravesikale Operieren so sehr erschweren. Deshalb sieht Verf. die Hauptbedeutung der Collargolmethode darin, daß sie in Fällen allzu mächtiger Zottenbildung die schnelle und gefahrlose Beseitigung dieser Zotten ermöglichen und dadurch den Stiel des Tumors der Koagulation auch in solchen Fällen zugänglich machen wird, die sonst nur durch Sectio alta zu operieren gewesen wären. Auch hat das Collargol eine eminent blutstillende Wirkung. In schwersten Fällen kann man beide Methoden zur Blutstillung kombinieren. Hierdurch wird, wie Verf. hofft, die Notwendigkeit einer Sectio alta aus vitaler Indikation bei Blutungen meist ausgeschaltet werden können. Verf. hat ausschließlich das Collargol-Heyden benutzt. P. emp-

fiehlt folgendes Behandlungsschema: Für Mammin: An zwei aufeinanderfolgenden Tagen je eine Ampulle intravenös. Wiederholung nach Bedarf. — Für Collargol: Je ca. 5 ccm einer 20 proz. Lösung werden an zwei aufeinanderfolgenden Tagen (oder am ersten und dritten Tage) mittels dünnen Katheters in die gut entleerte und anästhesierte Blase injiziert. Pat. soll die Lösung möglichst lange zurückhalten. Während der Folgezeit Ausspülung der nekrotischen Zotten, eventuell Verweilkatheter. Wiederholung der Behandlung, wenn nötig, nach etwa einer Woche.

Oberstabsarzt **Falk** (Berlin), Chefarzt eines Kriegslazaretts: **Zur Röntgenbehandlung der Peritonealtuberkulose bei eröffneter Bauchhöhle.** (Berl. klin. Wochenschr., 1916, No. 24.)

Verf. veröffentlichte 1912 in der Berl. klin. Wochenschr. einen experimentellen Beitrag zur Röntgenbehandlung der Peritonealtuberkulose, indem er nachwies, daß bei einer Reihe von Meerschweinchen mit Peritonealtuberkulose durch die Laparotomie mit anschließender Röntgenbehandlung der offenen Bauchhöhle Dauerheilung erzielt wurde, während bei gleichartig weit vorgeschrittenen Fällen, die nur laparotomiert wurden, keine Heilung eintrat. Es fand sich bei der Sektion der geheilten Tiere das Peritoneum mit zahlreichen Lymphozyten durchsetzt, so daß die durch die Bestrahlung mit weichen Röhren erzielte Hyperämie die Ursache des Heilungserfolges sein dürfte. In vorliegender Arbeit berichtet nun Verf. über einen Fall von weit vorgeschrittener Peritonealtuberkulose, den er in einem Kriegslazarett, dem eine Station zur Behandlung der französischen Bevölkerung angeschlossen ist, zu operieren Gelegenheit hatte. Es handelt sich um eine 26 Jahre alte Frau, welche 6 Kinder geboren hat und ein 11 Monate altes Kind nährt. Nach Abdecken der Bauchdecken mit Bleiplatten wird die weit offengehaltene Bauchhöhle 8 Minuten der Röntgenbestrahlung ausgesetzt. Die Härte der Röhre (Wasserkühlröhre des Feldröntgenwagens Reiniger, Gebbert u. Schall) betrug 9 Wehnelt-Einheiten, die Belastung 2 Milliampère. Nach Quantimeter (Kienböck) wurden 10 verabfolgt. Vollständiger Schluß der Bauchhöhle. Die Rekonvaleszenz verlief ohne Störung; die Pat. steht am 8. Tage auf. In der Folgezeit andauerndes Wohlbefinden, keine Ansammlung von Flüssigkeit in der Bauchhöhle. Zurzeit — über 4 Monate nach der Operation — hat Pat. 7 kg zugenommen und fühlt sich vollkommen wohl. Durch den Leibschnitt mit anschließender Röntgenbestrahlung der Bauchhöhle wurde also eine Heilung der weit vorgeschrittenen Bauchfelltuberkulose erzielt. Wenn wir auch durch den Leibschnitt allein vielfach Heilung erreichen, so wird doch durch die Bestrahlung mit weichen Strahlen eine vermehrte Hyperleukozytose als Heilfaktor hinzugefügt. Dieser Fall zeigt ferner, wie zwei weitere Fälle, bei denen Verf. bei nicht tuberkulöser Peritonitis die Bestrahlung der offenen Bauchhöhle ausführte, daß diese Bestrahlung ohne Schädigung des Darmes ausgeführt werden kann. Kr.

II. Tagesgeschichte.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Das **Eiserne Kreuz I. Klasse** haben erhalten Generalarzt Dr. Paalzow, Generaloberarzt Prof. Dr. Tietze (Breslau), Oberstabsarzt Sanitätsrat Dr. Wolf (Zaborze).

— Im Alter von 67 Jahren erlag einem Unglücksfall der Privatdozent der physiologischen Chemie Prof. Dr. Georg A. Salomon. Er hat durch eine Reihe sehr gründlicher Arbeiten, speziell über die Xanthinbasen, sein Sonderfach erheblich gefördert. Dozent war er seit 1879, der Professortitel war ihm 1899 verliehen worden.

Breslau. Im Alter von 79 Jahren starb hierselbst Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Emil Richter, früher außerordentl. Professor der Chirurgie an der hiesigen Universität. Aus den militärärztlichen Bildungsanstalten zu Berlin hervorgegangen und als Assistent v. Langenbecks in der Chirurgie ausgebildet, hatte er sich 1868 in Breslau habilitiert. Seit 1878 bekleidete er ein Extraordinariat. Noch als Dozent ist Richter lange Jahre hindurch als Militärarzt tätig gewesen. Von Richters Veröffentlichungen verdient seine „Allgemeine Chirurgie der Schußverletzungen" hervorgehoben zu werden. Um das medizinische Zeitschriftenwesen hat er sich als Herausgeber des „Zentralbl. f. Chirurgie" verdient gemacht.

Jena. Beinahe 70 Jahre alt, starb hierselbst der frühere langjährige Direktor der chirurgischen Universitätsklinik Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Bernhard Riedel, einer der hervorragendsten Chirurgen Deutschlands. Hervorgegangen aus der Schule von Franz König, dessen Assistent er, nachdem er vorher in Rostock mehrere Jahre lang die anatomische Prosektur versehen hatte, von 1875 bis 1881 — seit 1877 gleichzeitig Privatdozent — in Göttingen gewesen ist, war er 1881 als Oberarzt an das städtische Krankenhaus nach Aachen berufen worden. Seine Ernennung zum ordentlichen Professor der Chirurgie in Jena führte ihn 1888 wieder der akademischen Wirksamkeit zu. Er bekleidete sein Amt bis zum Jahre 1910; damals zwang ihn eine zur Amputation eines Unterschenkels führende Krankheit, seine Stellung niederzulegen. — Riedels wissenschaftliche Verdienste liegen vorwiegend auf dem Gebiete der Bauchchirurgie. Er hat als erster die Frühoperation bei Appendizitis ausgeführt; auch ist er einer der Bahnbrecher der Gallenblasenchirurgie gewesen. Daneben wäre die von ihm zuerst angegebene blutige Reposition des luxierten Hüftgelenks sowie die Beschreibung der Elephantiasis als Folgeerscheinung der Totalexstirpation der Leistendrüsen zu erwähnen. In den letzten Jahren beschäftigte er sich eingehend, durch die Erfahrungen am eigenen Körper veranlaßt, mit der Frage der Beinprothesen. — Zusammenhängende Darstellungen einzelner Teile der Chirurgie hat Riedel als Mitarbeiter der „Deutschen Chirurgie" und der „Allgemeinen Chirurgie" von Franz König gegeben.

Mainz. Der Privatdozent der inneren Medizin in Marburg Prof. Dr. J. Huerter ist zum leitenden Arzt der inneren Abteilung des hiesigen städtischen Krankenhauses gewählt worden.

Straßburg i. Els. Als Nachfolger des verstorbenen Prof. Dr. H. Chiari ist Prof. Dr. J. G. Moenckeberg, Direktor des Pathologischen Instituts der Akademie für praktische Medizin in Düsseldorf, hierher berufen worden.

Wien. Der Professor der Anatomie Hofrat Dr. Moritz Holl in Graz und der Physiologe Geh. Hofrat Prof. Dr. Wilhelm Biedermann in Jena wurden zu korrespondierenden Mitgliedern der Wiener Akademie der Wissenschaften gewählt.

— Dr. Josef Pollak, außerordentl. Titularprofessor für Ohrenheilkunde, ist gestorben.

Basel. Der Privatdozent der Gynäkologie Dr. Alfred Labhardt ist als Nachfolger des kürzlich verstorbenen Prof. v. Herff zum ordentlichen Professor und Direktor der Universitäts-Frauenklinik ernannt worden.

Verschiedenes.

Berlin. Der Chef des Feldsanitätswesens, Prof. Dr. v. Schjerning, beabsichtigt, bei der Büchersammlung der Kaiser-Wilhelms-Akademie für das militärärztliche Bildungswesen eine übersichtlich angeordnete, nach wissenschaftlichen Grundsätzen ausgeführte **Zusammenstellung der gesamten medizinischen Literatur des Krieges** zu schaffen. Im Interesse einer möglichst lückenlosen Ausgestaltung dieser Einrichtung werden die Verfasser von im Kriege erschienenen und auf den Krieg sich beziehenden wissenschaftlichen Arbeiten gebeten, einen Abdruck an die obengenannte Büchersammlung zu überweisen.

— Die Deutsche Gesellschaft für Bevölkerungspolitik tritt in der zurzeit die Oeffentlichkeit beschäftigenden **Frage der die Empfängnis und die geschlechtliche Ansteckung verhütenden Mittel** mit gesetzgeberischen Anregungen an den Reichstag und den Bundesrat heran, die sie folgendermaßen formuliert: „Es möge nicht allein jedes unaufgefordert an das Publikum sich herandrängende Anbieten und Anpreisen durch Kataloge, Drucksachen, Hausieren usw., sondern auch das Feilhalten und der Vertrieb von solchen Gegenständen, die zur Beseitigung der Schwangerschaft oder zur Verhütung der Empfängnis geeignet sind, beschränkt oder untersagt werden. Ebenso sind auch alle für das Laienpublikum bestimmte Schriften und Bücher, in welchen sich Beschreibungen und Besprechungen der antikonzeptionellen und zur Unterbrechung der Schwangerschaft geeigneten Methoden und Mittel finden, zu verbieten. Es möge dem § 184 des R.-Str.-G.-B. ein Absatz 3 angefügt werden, etwa folgenden Wortlauts: ‚Nicht als unzüchtig gelten diejenigen Mittel, die, ohne die Empfängnis zu verhüten, zum persönlichen Schutz der Gesundheit dienen, es sei denn, daß ihre öffentliche Anpreisung und Ausstellung in einer anstößigen und den Anstand gröblich verletzenden Weise vor sich geht.' Es möge ferner das vorhandene Gesetz wider Körperverletzung, das ja auch auf die Ansteckung seitens Geschlechtskranker anwendbar ist, durch einen Paragraphen wider wissentliche, vorsätzliche oder grob fahrlässige Gesundheitsschädigung anderer Personen ergänzt werden."

— Laut Verordnung des stellvertr. kommandierenden Generals des IX. Armeekorps vom 9. September darf die Schrift **„Die Frau als Hausärztin"** von Frau Dr. med. Anna Fischer-Dückelmann (Verlag Süddeutsches Verlagsinstitut, Stuttgart) im Bezirk des IX. Armeekorps nicht feilgehalten, angekündigt, ausgestellt, ausgelegt oder sonst verbreitet werden.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: San.-Rat Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil S. Caspari, Berlin-Schöneberg.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW. 68, Alexandrinenstraße 110.

85. Jahrgang **Berlin, 1. Oktober 1916** **No. 40**

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen,
Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Steinplatz 105 56

85. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W. 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Aus dem k. u. k. Notreservespital in Ried i. Innkreis.

Unsere Erfahrungen mit dem neuen Gicht- und Rheumamittel Gelopol.

Von k. k. Assistenzarzt Dr. **S. Massari.**

Die Folgen der langen Kriegsstrapazen und des Aufenthalts der Soldaten im Freien bei jeder Witterung, bei Tag und Nacht, äußern sich bei vielen derselben in rheumatischen und gichtischen Erkrankungen, sei es, daß die Disposition zu diesen Affektionen bereits vorhanden war, sei es, daß es sich um ganz frische Krankheitsfälle handelt. — Bei vielen derselben erweist sich die bisherige Therapie als unwirksam; wochen- und monatelang wandern sie oft von Spital zu Spital, von einem Kur- und Badeort zum anderen. In dem Bestreben, auch hier cito, tute et jucunde vorzugehen, wird jede erprobte Behandlungsart in Anwendung gezogen, neben der internen Allgemeinbehandlung die lokale Therapie, wie Heißluft, natürliche und künstliche Sonnenbäder (Quarzlampe), Balneo-, Hydro-, Elektro- und Mechanotherapie.

Was speziell die erstere anlangt, so werden die gebräuchlichsten Mittel, die Salizylsäure und ihre Derivate, in den oft notwendigen großen Dosen vom Magen, aber auch von anderen Organen (Niere, Herz und Ohr) schlecht vertragen und führen des öfteren zu Intoxikationserscheinungen, was den Arzt in solchen Fällen veranlaßt, andere Mittel anzuwenden.

Als leicht verträgliches Medikament in zweckentsprechender Darreichungsform wurde in der letzten Zeit das von der Firma G. Pohl (Schönbaum-Danzig) hergestellte „Gelopol“ empfohlen, welches in dünndarmlöslichen Geloduratkapseln die Phenylcinchoninsäure — 0,3 g pro Kapsel — enthält, und das uns in entsprechender Menge zu Versuchszwecken zur Verfügung gestellt wurde.

Wir hatten Gelegenheit, das Gelopol bei akuten und chronischen Gicht- und Rheumafällen in Verwendung zu ziehen, speziell bei solchen, bei welchen die bisher übliche Therapie wenig oder gar keinen Erfolg aufwies, sei es für sich allein, sei es in Verbindung mit lokaler Therapie.

An der Hand von instruktiven Fällen möchte ich die prompte Wirksamkeit des Gelopol und seine vielfache Verwendbarkeit nachweisen; aus der Reihe unserer Beobachtungen lasse ich einige kurz folgen:

Fall 1: Chronische Gicht, die sich im rechten Schultergelenk und in den Metakarpophalangealgelenken lokalisierte und regelmäßig zu sehr schmerzhaften Anfällen, mit Schwellung und Entzündung der befallenen Partien, bei starker Harnsäureausscheidung im Harn führte. Neben Heißluftbehandlung und Diätvorschriften bestand die Therapie in Verordnung von 3 mal täglich 2 Stück Gelopolkapseln nach den Mahlzeiten. Während ohne letztere die Anfälle bisher lange anhaltend und sehr schmerzhaft waren, ließen auf Gelopolverabreichung die Schmerzen, Schwellung und Entzündung rasch nach. Auf weitere Anwendung der Gelopolkapseln haben sich die Anfälle zunächst nur seltener und in geringerem Grade, seither aber nicht mehr wiederholt.

Fall 2: Akuter Rheumatismus des linken Kniegelenks mit namhafter Schwellung, Schmerzhaftigkeit und Fieber. Neben lokaler Therapie wurden auch in diesem Falle Gelopolkapseln verordnet. Die Krankheitssymptome gingen rasch zurück, besonders die Schmerzen und die Schwellung, ebenso das Fieber. Die Beweglichkeit stellte sich schon nach wenigen Tagen wieder ein, und konnte der Patient nach 14 Tagen an seine Rekonvaleszentenabteilung abgegeben werden.

Fall 3: Interkostalneuralgie mit anfallsweisen lebhaften Spontan- und Druckschmerzen entlang den Interkostalnerven der rechten Brustseite, neben anhaltender Schlaflosigkeit. Auch in diesem Falle zeigte sich die Gelopolbehandlung der bisherigen Medikation überlegen; nach 3 Tagen war der Patient schon so weit schmerzfrei, daß er wieder ruhig schlafen konnte. In weiteren 8 Tagen war er von seinem Leiden vollständig befreit. und es ist seither kein Rückfall mehr eingetreten.

Fall 4: Ein hartnäckiger Fall von Lumbago, bei dem die bisherige medikamentöse, Elektro- und Hydrotherapie zu keinem Ziele führte; erst die Kombination von Gelopolkapseln — anfangs 3 mal täglich 3 Stück, später 3 mal 2 Stück — mit Heißluftbehandlung führte in kurzer Zeit ein Nachlassen der Schmerzen, sowie der entzündlichen Schwellung herbei. Die Funktionsfähigkeit besserte sich zusehends, so daß der Mann nach weiteren 8 Tagen wieder dienstfähig wurde.

Von der Aufzählung weiterer Fälle möchte ich absehen und kann zum Schlusse auf Grund unserer Beobachtungen unsere Erfahrungen mit dem Gelopol dahin zusammenfassen, daß es als Gicht- und Rheumamittel den meisten der bisherigen Medikamente nach jeder Richtung überlegen ist, indem es nicht nur vermöge seiner zweckmäßigen Darreichungsform selbst von den empfindlichsten Patienten leicht und ohne jede Störung seitens des Magens und Darms oder des Herzens genommen wird, sondern auch durch seine rasche, schmerzstillende und entzündungswidrige Wirkung den Vorzug vor anderen Mitteln verdient.

II. Referate.

Dr. **Jacobitz**, Assistent am königl. hygien. Institut Beuthen, O.-S.: **Ueber Ruhrbazillenagglutination.** (Berl. klin. Wochenschrift, 1916, No. 26.)

Die Frage der spezifischen Agglutinationsreaktion ist bei den Ruhrerkrankungen noch nicht vollständig abgeschlossen und geklärt. So sind z. B. die Ansichten über die Höhe der für einen positiven Ausfall der Gruber-Widalschen Reaktion

sprechenden Serumverdünnung noch nicht vollkommen übereinstimmende, noch sind die Fragen, wie lange sich die spezifischen Agglutinine nach überstandener Ruhr im Blut halten und inwieweit sie diagnostisch verwendbar sind, nicht ganz eindeutig beantwortet, ja selbst die Technik der Gruber-Widalschen Reaktion ist für die Ruhrerkrankungen noch nicht vollständig festgelegt und abgeschlossen. Das unter den gegenwärtigen Zeitverhältnissen häufigere Auftreten von Ruhrerkrankungen bot Verf. die Gelegenheit zur weiteren Prüfung der oben angedeuteten und anderer mit ihnen in Zusammenhang stehenden Fragen. Verf. faßt seine Beobachtungen in folgenden Schlußsätzen zusammen: 1. Positive Agglutination des Ruhrbacillus Kruse findet sich bei gegen Typhus- und Cholerabacillen immunisierten, aber auch bei gesunden und kranken (nicht Ruhrkranken) nicht geimpften Personen. 2. Unsere Beobachtungen sprechen nicht dafür, daß durch die Immunisierung mit Typhus- und Cholerabazillen die Bildung oder Vermehrung von Agglutininen für den Bacillus Kruse veranlaßt würde, wohl aber scheint Erkrankung an Typhus, vielleicht auch an nicht infektiösem Darmkatarrh hier begünstigend zu wirken. 3. Nach unseren Beobachtungen geht die Agglutination mit dem Bacillus Kruse bei nicht an Ruhr erkrankten oder erkrankt gewesenen Personen bei 20 stündiger Beobachtung nicht über die Verdünnung 1:50 hinaus. Die für eine Infektion mit Bacillus Kruse meist als beweisend angenommene positive Agglutination in der Verdünnung 1:50 nach 20 stündiger Beobachtung genügt demnach nicht. 4. Nur großflockige, makroskopisch deutlich erkennbare Zusammenballung der Bazillen ist für eine positive Ruhragglutination als spezifisch anzusehen. 5. Der positive Ausfall einer unter Berücksichtigung gewisser Bedingungen (Auswahl einer geeigneten Kultur, makroskopische Prüfung, großflockiger Ausfall, Verdünnung 1:50 nicht beweisend) ausgeführten und beurteilten Widalschen Reaktion mit Bacillus Kruse spricht auch bei geimpften Personen für eine Infektion mit Bacillus Kruse. 6. Diese Voraussetzungen haben im allgemeinen auch für die Widalsche Reaktion mit den Pseudodysenteriebazillen Gültigkeit, doch ist bei ihnen ein positiver Ausfall in der Verdünnung 1:100 nach 20 stündiger Beobachtung noch nicht als ausreichend anzusehen.

Dr. **Carl Wienand Rose**: **Ruhrnachkrankheiten und deren Behandlung mit Antidysenterieserum.** (Berl. klin. Wochenschr., 1916, No. 24.)

Verf. sah im Festungslazarett XXX Straßburg i. E. als häufigste Nachkrankheiten der Ruhr Myalgien und subakute Gelenkerkrankungen. Myalgien kamen 29 mal zur Beobachtung. Befallen waren zumeist die Schulterblattmuskulatur, der Quadratus lumborum und die Extensoren der Oberschenkel. Bei der subakuten Arthritis postdysenterica (22 Fälle) waren zumeist ein oder mehrere Gelenke erkrankt. Fast regelmäßig waren affiziert die Knie- und Sprunggelenke, sowie die Schultergelenke. Zumeist wurde über Schmerzen in mehreren Gelenken geklagt. Neuralgien in den Nervi occipitalis major und minor, frontalis, supraorbitalis, intercostalis, ulnaris, radialis, saphenus wurden 14 mal beobachtet. 6 mal sah Verf. eine postdysenterische Neuritis. Blasen- bezw. Miktionsbeschwerden sah R. bei 10 Fällen. Chronische Durchfälle ohne bakteriologischen Befund von Ruhrbazillen zeigten 6 Fälle. In 25 Fällen von positiver Ruhragglutination bestanden langwierige Magenbeschwerden. Am häufigsten hat Verf. die Schädigung durch das Ruhrgift bei den Ermüdungsherzen gesehen, bei den Zuständen, wo die Patienten sich müde, matt, elend, niedergeschlagen fühlten, psychisch verstimmt waren, über Kreuzschmerzen, Schmerzen in den Gliedern, Atemnot, Engigkeit, Schwindelgefühl bei geringen Bewegungen klagten. Veranlaßt durch einen Fall von Gelenkerkrankung, der sich refraktär gegen alle Antirheumatica verhielt, versuchte Verf., da er auf Y- und Shiga-Ruhr agglutinierte, ob er mit Antidysenterieserum zum Ziele käme. Er injizierte zuerst 10 ccm subkutan. Nach zwei Tagen wieder 10 ccm. Es zeigte sich, daß das Erythema exsudativum multiforme sehr rasch zurückging und noch schneller das Enanthem mit der Stomatitis und die heftige Conjunctivitis. Innerhalb 5 Tagen war der Patient beschwerdefrei. Dasselbe konnte auch in einem andern Falle beobachtet werden, der in einem auswärtigen Lazarett fast vier Monate wegen Gelenkrheumatismus ohne Erfolg behandelt war. Nach drei Injektionen mit Antidysenterieserum war dieser wieder beschwerde- und fieberfrei. Die akuten Polyarthritiden waren meist am nächsten Tage nach der Injektion besser, oft auch ganz verschwunden. In den meisten Fällen bedurfte es keiner zweiten Injektion von Antidysenterieserum. Denselben Erfolg nach Injektion von Antidysenterieserum sah Verf. bei Myalgien. Doch bedurfte es hier meistens zwei bis drei Injektionen, bis die Schmerzen völlig wichen. Ebenso waren nach zwei bis drei Injektionen die Neuralgien verschwunden. Bei den Neuritiden war der Effekt der Antidysenterieserumbehandlung ganz augenfällig. Schöne Erfolge waren auch bei der Anwendung dieses Serums bei den postdysenterischen Tenesmen und der Pollakisurie zu verzeichnen. Bei den chronischen Diarrhöen, deren Träger auf Ruhr agglutinierten, zeigte sich verschiedentlich, daß Bolus alba, Decoctum Ratanhiae, Tannalbin versagten. Nach einer Antidysenterieseruminjektion sistierten die Durchfälle sofort. Die Patienten mit Ermüdungsherzen erholten sich nach zwei- bis dreimaliger Seruminjektion auffallend schnell. — Verf. verwandte das Antidysenterieserum (polyvalentes Serum) von den Höchster Farbwerken. Nach anfangs tastenden Versuchen mit kleinen Dosen injizierte er nun das erste Mal 5—10 ccm, das zweite Mal 10 ccm, das dritte Mal ebensoviel. Die Injektionen machte er zumeist in Abständen von zwei bis drei Tagen.

Dr. **Fritz Mohr** (Coblenz): **Das Halsdrucksymptom als diagnostisches Hilfsmittel.** (Medizin. Klinik, 1916, No. 26.)

Wenn man am inneren Rande der Sternocleidomastoidei etwa in der Höhe des mittleren Teiles des Kehlkopfes, seitlich von den beiden Carotiden in der Richtung auf die Wirbelsäule 5 bis 30 Sekunden lang einen mäßig starken Druck ausübt, so daß von einer Unterbrechung des Blutstromes in den Carotiden keine Rede sein kann, so bekommt man bei einer Anzahl von Individuen eine ganz ausgesprochene, manchmal recht überraschende Reaktion. Diese besteht in einer oft augenblicklich, manchmal erst nach einer Reihe von Sekunden eintretenden Rötung des Gesichts, Anschwellung der Venen des Kopfes, Tränen der Augen, häufig auch Pupillenerweiterung oder sehr lebhaftem Spiel der Pupillen im Sinne einer Erweiterung und Verengerung. In manchen Fällen tritt kollapsartiges Umsinken auf mit kurzdauernder Bewußtlosigkeit, in anderen starkes Schwanken des Körpers mit Neigung zum Hintenübersinken. Der Puls ist meist mehr oder weniger beschleunigt. Von subjektiven Empfindungen wird angegeben: Schwindel, Flimmern vor den Augen, Gefühl des Blutandranges nach dem Kopfe, Ohrensausen, Kopfdruck, Benommenheit, Atembeklemmung. Manchmal sah Verf. plötzlich einsetzende Schweißbildung im Gesicht. Der Halsdruckversuch wurde sowohl bei Herzkranken, als bei Herzgesunden ausgeführt. Bei letzteren ergab er nie ausgesprochene, höchstens angedeutete Symptome der obigen Art. Welche Art von Kranken zeigt nun einen ausgesprochenen Halsdrucksymptomenkomplex? Zunächst fiel er Verf. auf bei einer Anzahl anämischer, chlorotischer und im ganzen sensibler weiblicher Personen. Bei ihnen fand er namentlich eine sehr plötzliche, fast momentane Reaktion, so daß sie direkt, nachdem sie einige Abwehrbewegungen gemacht und tief eingeatmet hatten, mit zuerst gerötetem, dann rasch erblassendem Gesicht hintenüberfielen und nach einer, einige Sekunden dauernden Bewußtseinstrübung mit heftigem Herzklopfen und unter Gefühlen starken Schwindels, der drei bis fünf Minuten anhielt, sich allmählich wieder erholten. Dasselbe beobachtete Verf. bei sehr abgearbeiteten, erschöpften und zugleich übererregbaren Männern. Auf der anderen Seite stehen Kranke, die an lebhaften Kongestionen nach dem Kopfe leiden, über kalte Füße und kalte Hände klagen, viel mit plötzlichen Schweißausbrüchen zu tun haben, und ferner solche mit ausgesprochenen Symptomen des Hyperthyreoidismus. Wir haben nach Verfassers Ansicht in dem Halsdrucksymptom eine Möglichkeit, allgemein nervöse und besonders vasomotorische Uebererregbarkeit objektiv nachzuweisen, eine Möglichkeit, die bei der nicht sehr großen Zahl objektiver Symptome willkommen sein muß. Das Symptom ist jedenfalls mindestens so gut, wie die ausgesprochene Dermographie und andere vasomotorische Symptome.

Dr. **Hans Boit**, Privatdozent an der chir. Universitätsklinik Königsberg, zurzeit Chefarzt eines Feldlazaretts: **Ueber Schädelschußverletzungen.** (Medizin. Klinik, 1916, No. 25.)

Unter den Schädelverletzten, die Verf. in 14 Monaten behandelte, sind 46 Proz. ihrer Verletzung erlegen, das ist etwa der vierte Teil der Gesamtmortalität. 17,5 Proz. starben bald nach der Einlieferung, bevor sie ärztlich untersucht und behandelt waren. Bei den übrigen wurden die Schädelwunden revidiert, ganz gleichgültig, ob es sich um Furchungs-, Steck-, Durchschüsse oder Knochenimpressionen handelte. Fast in allen Fällen erfolgte in Lokalanästhesie Exzision der Wundränder, Erweiterung der Weichteil- und Knochenwunden, Entfernung der Knochensplitter aus dem Gehirn, lose Jodoformmulltamponade auf die Gehirnwunden eventuell einige Situationsnähte. Bestand nur eine Knochenimpression ohne Duraverletzung, so erfolgte Hebung der Knochenteile und Entfernung der Knochensplitter. In vier Fällen mit starken Hirndrucksymptomen wurde die Dura eröffnet, das intrazerebrale Hämatom entleert, die Dura danach wieder vernäht. Diese Schädelimpressionen — 13 Proz. der Gesamtzahl — nahmen sämtlich einen günstigen Verlauf. Nach Abzug dieser Fälle bleiben 70 Proz. penetrierende Schädelverletzungen mit einer Mortalität von 41,2 Proz. In erster Linie maßgebend für den Verlauf der Schädelschüsse ist die Ausdehnung der Gehirnzerstörung. Sind die Gehirnverletzungen nicht von vornherein tödlich, ist die Prognose in weitem Maße von dem Zeitpunkt und der Art der Wundversorgung abhängig. Zu dieser rechnet Verf. die Schaffung guter Abflußverhältnisse und die Entfernung der Knochensplitter aus dem Gehirn, und zwar bei allen Schädelverletzungen. Sie reißen Fremdkörper und Bakterien in die Tiefe und führen zu Abszessen und Meningitis, oft noch Wochen nach der Verletzung. Ihre frühzeitige Entfernung ist

deshalb geboten. Je eher diese Wundversorgung stattfindet, um so großer ist die Aussicht auf Erhaltung des Lebens. Auf Grund der gesammelten Erfahrungen hält Verf. eine möglichst schnelle Ueberführung der Schädelschußverletzten von der Front in die Feldlazarette für erforderlich, damit der Chirurg hier sofort die Wundrevision ausführen kann.

Dr. **F. Glaser**, Oberarzt der II. inneren Abteilung des Auguste-Viktoria-Krankenhauses zu Berlin-Schöneberg: **Ueber akuten, auf Pylorospasmus beruhenden Pylorusverschluß nach Pneumonie infolge Ulcus duodeni.** (Medizin. Klinik, 1916, No. 24.)

Der akute Pylorusverschluß oder hochsitzende Ileus ist charakterisiert durch die vollkommene motorische Insuffizienz des Magens, die L. Kuttner als evakuatorische Insuffizienz bezeichnet. Das Krankheitsbild wurde zuerst von Bamberger 1855 unter dem Namen der akuten Magenektasie beschrieben. Die Ursache des Leidens ist noch immer nicht geklärt. Schon Brinton nahm an, daß eine primäre Magenatonie ätiologisch in Frage kommt. Rokitansky schuldigte als Ursache der Krankheit einen arterio-mesaraischen Duodenalverschluß an. Daß ein Ulcus duodeni ein ähnliches Krankheitsbild hervorrufen kann, ist noch nicht bekannt. Daher erörtert Verf. die Beziehungen zwischen Ulcus duodeni und hochsitzendem Ileus etwas näher. Die Krankheitserscheinungen der sogenannten akuten Magendilatation bestehen in Uebelkeit, Spannungsgefühl in der oberen Bauchgegend, starkem, unstillbarem, oft galligem Erbrechen. Der Kranke sieht verfallen aus; oberflächliche Atmung, kleiner frequenter Puls charakterisieren das Krankheitsbild, das durch den Kollaps sich besonders auszeichnet. Die objektive Untersuchung ergibt eine starke Magenerweiterung; bei Einführung des Magenschlauches werden große Mengen von mehr oder weniger zersetzter Flüssigkeit entleert, die eventuell auch Galle enthalten kann. Nach Entleerung des Mageninhalts fällt der aufgetriebene Leib zusammen. Bei einem 16 jähr. Schlosserlehrling konnte Verf. ein ähnliches Krankheitsbild in der Rekonvaleszenz nach einer linksseitigen Unterlappenpneumonie beobachten. Die Diagnose wurde auf hochsitzenden Ileus (akute Magendilatation) gestellt. Folgende Zeichen sprachen für diese Annahme: Neben einer starken Auftreibung des Magens konnte bei dem vollkommen kollabierten Kranken die untere Magengrenze handbreit unterhalb des Nabels festgestellt werden. Es bestand massenhaftes Erbrechen von gallig gefärbter Flüssigkeit. Durch den Magenschlauch ergossen sich fontäneartig 2 l Mageninhalt, trotzdem per os keine Nahrung seit längerer Zeit aufgenommen war. Nach Einführung des Magenschlauchs verschwand die Auftreibung des Leibes — ein Zeichen, das nach Kausch besonders für Magenerweiterung spricht. Trotz Nahrungsentziehung und Ausheberung konnte immer wieder Mageninhalt entleert werden. Es bestand demnach eine Hypersekretion der Magenschleimhaut, so wie sie von Morris als besonders typisch für dies Krankheitsbild beschrieben und sogar als Krankheitsursache angesprochen wurde. Außerdem sprach für die von Verf. angenommene Diagnose, daß die akute Magendilatation besonders auch nach Infektionskrankheiten auftreten kann. Die Sektion bot nur insofern eine Ueberraschung dar, als es sich anatomisch nicht nur um eine akute Magendilatation handelte, sondern als Grund für das heftige Erbrechen stellte sich ein Ulcus duodeni heraus. Der Fall lehrt, daß der akute, auf Pylorospasmus beruhende Pylorusverschluß infolge Ulcus duodeni unter den Erscheinungen der „akuten evakuatorischen Mageninsuffizienz" während der Pneumonierekonvaleszenz schnell zum Tode führen kann. Vielleicht ist der gerade nach der Pneumonie eingetretene Pylorospasmus auf eine durch die Infektion erhöhte Vagotonie zurückzuführen.

Dr. **Meissner**, Stabsarzt, Reservelazarett Mergentheim: **Ileus durch Strangulation des Wurmfortsatzes (postappendizitische fibröse Adhäsion der Appendixspitze).** (Beiträge zur klin. Chir., Bd. 99, Heft 3.)

Es handelt sich um einen interessanten Fall von Strangulationsileus, in welchem der mit seiner äußersten Spitze an der rechten Bauchwand festgewachsene Wurmfortsatz den abschnürenden Strang darstellte. Der Proc. vermiformis war über die Vorderfläche des Coecum herübergeschlagen. Die feste fibröse Verwachsung zeigt an, daß der appendizitische Prozeß, welcher mit Sicherheit diese Adhäsion gemacht hat, schon lange Zeit zurücklag. Außerdem war eine frische Entzündung der Schleimhaut der Appendix nahe der Spitze vorhanden. Die eigentümliche, nur auf die Spitze beschränkte Verwachsung nun hat die Möglichkeit für eine Einklemmung abgegeben, indem, wahrscheinlich bei der schweren Arbeit, beim Heben von Lasten usw., unter dem Einfluß der Bauchpresse eine untere Dünndarmschlinge sich zwischen Appendix und Coecum einschob und durch nachfolgende Stauung festgeriet. Auffallend ist, daß die stärkste Blähung und Stauung in den obersten Darmpartien vorhanden war. Daß hierbei die Netzadhäsion, welche vom Colon transversum über die Jejunumschlinge nach abwärts zog, etwas beteiligt war, läßt sich unschwer vermuten; immerhin war diese Adhäsion nicht sehr straff gespannt. Das Haupthindernis war der seitlich fixierte Wurmfortsatz. An dem letalen Ausgang ist die lange Dauer der Einklemmung schuld (6 Tage), welche die Herzschwäche verursacht hat, so daß, nachdem die Darmtätigkeit soeben in erfreulicher Weise in Gang gekommen war, der Kollaps eintrat.

Dr. **M. Friedemann**, Chefarzt am kommunalen Krankenhause zu Langendreer i. Westf.: **Ueber akute Gallenblasenentzündungen mit drohender und mit erfolgter Perforation.** (Medizin. Klinik, 1916, No. 25.)

Verf. will die Aufmerksamkeit auf die ganz akuten Fälle lenken, die nicht selten in ihrem stürmischen Beginn und Verlauf an eine perforative Appendizitis oder auch ein durchgebrochenes Magen- respektive Duodenalulcus erinnern, darunter sind Fälle, bei denen es zur Perforation der Gallenblase kommen kann, ohne daß sich vorher ein Hydrops oder Empyem entwickelt. Was zunächst die drohende Perforation betrifft, so ist dieser Begriff natürlich nicht so bestimmt zu umgrenzen. Es gibt Gallenblasen, die sich ganz erheblich gespannt anfühlen, deren Wand aber dick und derb oder, wenn auch ziemlich dünn ist, so doch gut und wenig verändert aussieht. Da ist von unmittelbarer Perforationsgefahr natürlich nicht ohne weiteres die Rede. Am ehesten kann man an Perforationsgefahr denken, wenn man stark geschädigte Stellen in der Gallenblasenwand entdeckt, ulceröse Prozesse, die bis an die Serosa gehen, dunkelbläuliche bis schwärzliche Verfärbungen, die Gangrän erwarten lassen, intramurale Abszesse, morsche Wandung, papierdünne Stellen, die manchmal herniös vorgewölbt sind. Die Infektiosität des Inhalts spielt sicher eine Hauptrolle. Die Schnelligkeit, mit der sich das entzündliche Exsudat entwickelt, ist von größter Bedeutung. Dem plötzlich auftretenden Drucke kann sich die Wand nicht so schnell anpassen. Erfolgte Perforationen der Gallenblase hat Verf. in den letzten vier Jahren sechsmal beobachtet. Verf. hat den Eindruck, daß sich unter den Todesfällen, die nach schweren, kurzen, schmerzhaften Intestinalerscheinungen überraschend schnell auftreten, öfter, als im allgemeinen angenommen wird, Peritonitisfälle infolge Perforation der Gallenblase finden. Daß Perforationen der Gallenblase auch ohne alarmierende Erscheinungen oft genug auftreten, ist ja hinreichend bekannt. Diese Tatsache wird vor allem durch die Fälle bewiesen, bei denen Steine im Stuhl abgehen, die ihrer Größe nach unmöglich die Papille passiert haben können. Verf. führt Krankengeschichten an, aus denen der Ernst der Situation hervorgeht, die eine akute Cholecystitis schafft. Alles kommt hier auf eine schnell gestellte Diagnose an. Wie präsentieren sich nun die Fälle mit drohender oder bereits erfolgter Perforation der Gallenblase? Besonders wichtig für die Diagnose ist der spontane Schmerz. Meist ist er deutlich in der Gallenblasengegend lokalisiert. Fast noch bedeutungsvoller ist der Druckschmerz. Bei Verfassers sämtlichen Fällen fand sich schon bei leichter Betastung der Gallenblasengegend ausgesprochene Empfindlichkeit. Das sehen wir nicht bei den gewöhnlichen, ohne schwere Entzündung verlaufenden Gallensteinattacken. Wo dieses Symptom bei mehrfacher Untersuchung mit gleicher Deutlichkeit konstatiert wird, also nicht bei tiefen Eindrücken nur, sondern bei zarter Palpation schon Druckempfindlichkeit ist, da ist eine bedrohliche Entzündung vorhanden. Ein außerordentlich wichtiges Symptom ist ferner die Bauchmuskelspannung, die Défense musculaire. Sie kann entweder lokal, etwa nur im Bereiche der rechten Oberbauchgegend oder, wie bei schon bestehender Peritonitis oder peritonealer Reizung, im ganzen Abdomen auftreten. Ist ein Tumor zu tasten, und ist er ausgesprochen druckempfindlich, so ist die Diagnose Empyem meist nicht schwer zu stellen, und schließlich ist bei jedem Empyem eine gewisse Gefahr der Perforation nicht auszuschließen, und die Indikation zur Operation ist gegeben.

E. Delbanco (z. Zt. Sofia): **Zur Kasuistik der plastischen Induration des Penis.** (Dermatol. Wochenschr., 1916, No. 25.)

Im Oktober 1915 bemerkte der jetzt 39 jährige Patient eine erbsengroße Verdickung in dem Rücken des Penis. Verhältnismäßig schnell wuchs sie zu der jetzt ca. 2 cm breiten und langen „daumennagelförmigen" Platte heran; sie beginnt einen Finger breit hinter der Corona glandis, hat Knorpelkonsistenz, ist nicht verwachsen mit der äußeren Haut, verschiebt sich mit den Corpora cavernosa, ist eingelassen in die Tunica albuginea. Von der Mitte der hinteren Kante geht ein auffällig harter Strang auf dem Dorsum penis in dem Interspatium der Corpora cavernosa weiter aufwärts, um sich mit der Pars pendula allmählich zu verlieren. Die „knorpelige" Platte hindert den Pat., welcher mit kräftiger Libido und Potestas coeundi ausgestattet ist, an dem Koitus. Das Glied knickt bei der Erektion nach oben ab. Der Mann hat fünf gesunde Kinder, ist nach seiner Angabe nie venerisch infiziert gewesen. Der Urin zeigt keine Fäden, die Wassermannsche Reaktion ist negativ. — Bis jetzt wurden in der Literatur 140 Fälle von Verhärtungen im Penis zusammengestellt. Diabetes, Gicht, Lues,

Gonorrhoe und Trauma sowie Rheumatismus werden ätiologisch angeschuldigt. In 37 Fällen lagen keinerlei ätiologische Anhaltspunkte vor. Für eine kleine Zahl von Fällen wird direkt Knochenbildung angenommen. Der Sitz der Induration ist fast ausschließlich die Dorsalseite und nimmt nur höchst selten die ganze Länge des Penis ein. Die operativen Erfolge dieser Affektion sind bisher gering und widersprechend. Fibrolysin scheint Wälsch in einem seiner Fälle von Nutzen gewesen zu sein.

Dr. **Andr. Stiel** (Cöln): **Zur Behandlung der Körnerkrankheit mit Jodoform.** (Therap. Monatshefte, Juni 1916.)

Verf. behandelt die Körnerkrankheit (Trachom) mit Jodoform. Er ging dabei von seinen pathologisch-anatomischen und bakteriologischen Untersuchungen aus. Erstere ließen ihn erkennen, daß Phagozytose bei Trachom eine große Rolle spiele, indem zahlreiche Phagozyten in der Submucosa zu finden waren und offenbar gegen die Erreger der Körnerkrankheit angriffsweise vorgingen und sie zu vernichten strebten. Der Nachweis von Blastomyzeten sowohl in oberflächlichen Schichten der Schleimhaut in zahlreichen Verbänden, als auch in den Körnern zwischen den Lymphozyten einzeln und in Gruppen und ferner in Phagozyten, veranlaßte Verf. insbesondere, anzunehmen, daß die Blastomyzeten als Fremdkörper in der Schleimhaut sich befänden, daß sie entzündungserregend wirkten und daß die Phagozyten im Kampfe mit ihnen seien. Diesen Kampf zu unterstützen und dadurch die Entzündung günstig zu beeinflussen, hielt Verf. für aussichtsvoll. Vom Jodoform hatte Hamburger nachgewiesen, daß es ein Mittel sei, welches die Phagozytose stark anrege. Da es auch sonst wegen seiner bakteriziden Eigenschaften sehr brauchbar ist und wenig reizend wirkt, so war es Verf. von vornherein sympathisch, es bei Trachom zu versuchen. Verf. wählte sich zuerst jüngere, frischere Fälle aus, möglichst solche, bei welchen keine Mischinfektion vorlag. Der Erfolg blieb nicht aus. Die Körner bildeten sich langsam zurück, die Schleimhaut wurde glatt, blaß und anscheinend trat völlige Heilung ein. Später versuchte Verf. bei vorgeschritteneren Fällen ebenfalls das Jodoform, dann bei Rezidiven nach früher vorausgegangener operativer Behandlung, und erzielte auch bei solchen Fällen ein Zurückgehen der Körner, Abblassen der Conjunctiva und Beseitigung der Beschwerden. Aus dieser seiner Behandlung der Körnerkrankheit und aus der Züchtung der Blastomyzeten zog Verf. auch in Betreff der Aetiologie des Trachoms den Schluß, daß die Blastomyzeten als Erreger der Körnerkrankheit in Betracht kommen. — Verf. verwendete das Jodoform am häufigsten in Pulverform, indem er es in die gewucherte und gebuchtete Schleimhaut einstreute oder indem er es mittels eines Wattepinsels einrieb. Ferner wandte er es auch in Salbenform an. Es liegt in der Natur der Erkrankung, daß nur ein lange fortgesetzter Gebrauch (mehrere Monate) zum Ziele führt. Kr.

III. Tagesgeschichte.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Von der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft ist der **v. Graefe-v. Welz-Preis** für die beste der in den Jahren 1911 bis 1913 am Graefeschen Archiv für Ophthalmologie veröffentlichten Arbeiten je zur Hälfte an Dr. Lindner (Wien) für seine Untersuchungen über Trachom und Einschluß-Blennorrhoe und an Dr. Ohm (Bottrop) für seinen Aufsatz über das Augenzittern der Bergleute verliehen worden.

Halle a. Saale. Dem Privatdozenten der Anatomie Dr. K. Justi ist der Professortitel verliehen worden.

Kiel. Als Nachfolger des verstorbenen Professors der Hygiene Geh. Medizinalrat Dr. Bernhard Fischer ist der ordentliche Professor der Hygiene in Königsberg Dr. K. Kisskalt hierher versetzt worden.

Dresden. Der durch seine Arbeiten auf dem Gebiete der Magenkrankheiten bekannte Prof. Dr. Kelling, der an der hiesigen Technischen Hochschule seit mehreren Jahren als Dozent für Biologie lehrt, ist zum außerordentlichen Professor befördert worden.

Darmstadt. Im 69. Lebensjahre starb hierselbst der seit 1912 im Ruhestande lebende frühere Leiter des Medizinalwesens der Reichslande, Geh. Obermedizinalrat Prof. Dr. Philipp Biedert, der sich lange, bevor er 1903 als Medizinalreferent in das Ministerium nach Straßburg berufen wurde, als Kinderarzt einen angesehenen Namen in der Wissenschaft erworben hatte. Bereits 1869 als Arzt approbiert, war er bis 1877 als Militärarzt tätig. Darauf kam er als Oberarzt des Bürgerspitals und Kreisarzt nach Hagenau i. Els. und bekleidete diese Stellungen bis zu seiner Berufung ins reichsländische Ministerium. Seine Hauptwerke sind die „Kinderernährung im Säuglingsalter“ und das „Lehrbuch der Kinderkrankheiten“; beide erlebten eine größere Zahl von Auflagen. Zu erwähnen ist ferner die gemeinsam mit Langermann verfaßte „Diätetik und Kochbuch für Magen- und Darmkranke“. Von den auf Biedert zurückgehenden Neuerungen auf dem Gebiete der therapeutischen Technik ist das seinen Namen tragende „Rahmgemenge“ am bekanntesten geworden. Der Verstorbene war ein eifriger Förderer von Wohlfahrtsbestrebungen, in deren Dienst er auch die Erträgnisse seiner Erfindungen stellte.

Tübingen. Der Privatdozent der gerichtlichen Medizin Oberamtsarzt Dr. H. Stoll, der als Oberstabsarzt Heeresdienst leistete, ist auf dem Felde der Ehre geblieben.

Pozsony (Preßburg). Im Alter von 70 Jahren starb Dr. Josef Pantocsek, bis vor wenigen Jahren leitender Arzt des hiesigen staatlichen Krankenhauses, der sich auch als Botaniker einen angesehenen Namen gemacht hat.

Koloszvar (Klausenburg). Dem Privatdozenten der internen Diagnostik Dr. Aladár Elfer ist der Titel „außerordentlicher Professor“ verliehen worden.

Gent. An der hiesigen reorganisierten vlämischen Universität wurde Dr. Adrian Martens zum außerordentlichen Professor der allgemeinen Pathologie und Vorsteher einer Poliklinik für innere Krankheiten, Dr. Josef de Keersmaecker zum ordentlichen Honorarprofessor für Urologie ernannt.

New York. Das neue **Rockefeller-Institut** in Princetown wird demnächst eingeweiht werden. Die Anstalt ist der tierischen Pathologie gewidmet. Dr. Theobald Smith, früher Professor der Harvard Medical School (er war als Austauschprofessor vor einigen Jahren in Berlin), ist zum Leiter ernannt worden. Zwei deutsche Forscher sind berufen worden: die Zoologin Dr. Rhoda Erdmann, die die protozoologische Abteilung leiten wird, und Dr. R. W. Marchand, der als Assistent in die pathologische Abteilung berufen wurde.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: San.-Rat Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil S. Caspari, Berlin-Schöneberg.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW. 68, Alexandrinenstraße 110.

85. Jahrgang Berlin, 7. Oktober 1916 No. 41

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Steinplatz 105 56

85. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W. 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Vermutungen über einige Immunstoffwechselvorgänge nach Typhusvakzination.

Von Dr. **Karl Wagner**, derztg. k. u. k. Regimentsarzt i. E., Expositur der k. u. k. Gebirgsbrigade-San.-Anstalt 7.

Die folgenden kurzen Ausführungen mögen, da mir im Felde die Literatur nicht zugänglich ist, mit einem dieser Tatsache Rechnung tragenden Maßstabe gemessen werden. Ihre Veröffentlichung mag vielleicht gerechtfertigt erscheinen durch die erhebliche theoretische Bedeutung, welche den zu besprechenden Erscheinungen beigemessen werden müßte für den Fall, daß meine Vermutungen zutreffen sollten.

Der besseren Uebersicht halber möchte ich vorerst einige Fragen aufwerfen:

1. Welche Reaktionsmöglichkeiten sind theoretisch bei Vakzination eines Typhusbazillenträgers der Hauptsache nach denkbar?

2. Gibt es im Anschlusse an die Typhusvakzination anaphylaxie ähnliche Zustände?

3. Kann die Niere unter gewissen Umständen durch die Vakzination beeinflußt werden?

Im Anschlusse an die Formulierung dieser Fragen möchte ich, ehe ich zu ihrer Beantwortung übergehe, um nicht mißverstanden zu werden, betonen, daß man sich heute wohl allerorts über die segensreichen Wirkungen der verschiedenen Impfungen im klaren ist und weiß, daß man ihnen die erfolgreiche prophylaktische Bekämpfung der schlimmsten Kriegsseuchen verdankt. Diese Tatsache entbindet uns aber nicht der Pflicht, neben den guten auch die Schattenseiten unserer Maßnahmen zu erwägen, zu erkennen und an letzteren zu bessern, was in unserer Macht steht. In dieser Absicht seien die folgenden Zeilen veröffentlicht, sie mögen in Fachkreisen zur Kritik anregen, und es soll mir zur Freude gereichen, wenn ich im Unrecht bin.

Zu 1.: Der Typhusbazillenträger erkrankt deswegen nicht an Typhus, weil bei ihm der Infekt nicht eintritt, beziehungsweise er erkrankt solange nicht, als nicht der Infekt eintritt. Derselbe tritt in dem Augenblicke ein, da die immunisatorischen Abwehrkräfte des Organismus im Kampfe mit den Bazillen und ihren Toxinen erliegen. A priori muß es zwischen Abwehrkräften und Toxinen verschiedene Mengenverhältnisse geben, z. B. Abwehrkräfte im Ueberschusse gegenüber Toxinen, andererseits ist aber die Möglichkeit gegeben, daß sich Abwehrkräfte und Toxine eben noch das Gleichgewicht halten, daß also gewissermaßen in solchen Fällen ein labiles Gleichgewicht besteht, welches sich beim geringsten Anstoß zuungunsten der Abwehrkräfte verschieben und mithin den Infekt, den Ausbruch der Erkrankung bedingen kann. Wenn also die gesamte fermentative Kraft der Zellen eben ausreicht, um genügend Antitoxin zu bilden und damit die jeweils produzierte Toxinmenge zu binden, so muß notwendigerweise nach künstlicher Zuführung eines geichartigen Antigens, id est der Typhusvakzine, die Bilanz zu ungunsten der Antitoxine verschoben werden, denn ein Teil der vorhandenen Kräfte wird gebunden bei der Produktion der Abwehrfermente gegen das neu eingeführte Antigen. Die Summierung der durch die vorhandenen lebenden Bazillen erzeugten und der bei der Vakzination mit den abgetöteten Bazillen eingeführten Toxine bedeutet eben eine Ueberdosierung in ganz analoger Weise wie etwa bei der Ueberdosierung des Tuberkulins. Die antitoxinerzeugenden Kräfte werden in solchen Fällen durch die Vakzination nicht gesteigert, sondern erschöpft. Um diesem Fehler zu begegnen, müßte man Anhaltspunkte zu gewinnen trachten über die Größe, den Wert der jeweils vorhandenen antitoxischen Kraft, und es ist denkbar, daß sie in gesetzmäßigen Beziehungen zum agglutinatorischen Titer des Serums steht. Der agglutinatorische Titer würde gegebenenfalls die Indikation oder Kontraindikation zur Vakzination anzeigen. Freilich würde durch diese Voruntersuchung der Impfvorgang ungemein erschwert, die praktische Durchführung müßte auf erhebliche Schwierigkeiten stoßen, allein das ändert nichts an der Tatsache, daß mit der Möglichkeit des Vorkommens der eben beschriebenen Immunstoffwechselvorgänge zu rechnen ist. Meine reichlichen praktischen Erfahrungen sprechen dafür.

Zu 2.: An dieser Stelle will ich nicht von den allbekannten Reaktionen sprechen, sondern lediglich von jenen Erscheinungen, die, soweit es das klinische Bild betrifft, jenen bei der Anaphylaxie derart ähnlich sind, daß sie meiner Meinung nach unbedingt der wissenschaftlichen Beobachtung wert erscheinen. Sie kommen nicht allzu häufig vor, sind, was meine Fälle betrifft, ungefährlich und verlangen lediglich symptomatische Behandlung, unter welcher sie in 1—3 Tagen abklingen. Ich möchte die zu beschreibende Symptomengruppe entsprechend ihrem charakteristischen Verlaufe im Gegensatze zur bekannten akuten Anaphylaxie als subakute, protrahierte Anaphylaxie bezeichnen. In diesen Fällen tritt im Anschlusse an die Vakzination keine Temperatursteigerung

auf, sondern es stellt sich mit leichten Variationen folgender Symptomenkomplex ein: einige Stunden nach der Impfung Gefühl von Schwäche, Schwindel, Ohnmachtsanwandlungen, Uebelkeit, Schweißausbruch, Untertemperatur, frequenter kleiner Puls, Spannung stark herabgesetzt, schwache dumpfe Herztöne, auffallende Blässe oder Zyanose der Haut und sichtbaren Schleimhäute. Dieser Zustand hält 2—3 Tage an und geht unter Digitalis, Bettruhe, Koffein, trockenen heißen Einpackungen, Tee mit Kognak, eventuell Kampfer wieder zurück.

Wenn wir nun die Frage aufwerfen, ob Anhaltspunkte dafür zu finden sind, die uns zur Annahme berechtigen, daß der geschilderte Zustand als anaphylaktischer aufgefaßt werden darf, so scheint meiner Meinung nach Grund genug vorzuliegen. Auffallend schien mir die Tatsache, daß ich ähnliche Zustände bei den ersten großen Gruppenimpfungen zu Beginn des Krieges nirgends beobachten konnte, daß sie im Gegenteile erst bei den Revakzinationen in steigender Zahl auftraten; dabei kamen naturgemäß nur die schwereren Fälle zur Beobachtung. Das bei der Impfung subkutan eingeführte Antigen mag die Rolle eines parenteral einverleibten Eiweißkörpers spielen, der die Grundlagen zur anaphylaktischen Bereitschaft abgibt. Der höhere oder niedere Grad dieser Bereitschaft wäre bestimmt durch den Wert der tryptischen Kraft gegenüber dem im gegebenen Zeitpunkte reinjizierten gleichartigen Antigen, nämlich der Vakzine. Beim Abbau des revakzinierten Antigens entstünden nach bekannter Vorstellung Intermediärprodukte, die, an sich toxisch, ihrerseits die Eigenschaft besitzen, die abbauende Kraft des Serums zu hemmen, also antitryptisch zu wirken. Man könnte sich zur Erklärung des relativ protrahierten Verlaufes des anaphylaktischen Anfalles in diesen Fällen vorstellen, daß die Ursache für den subakuten Verlauf in einem niedrigen antitryptischen Titer zu suchen sei. Dabei entstehen eben in der Zeiteinheit weniger toxische Intermediärprodukte einerseits, was die Benignität des Verlaufes erklären würde, andererseits nimmt der Abbau des Antigens, in der einmal eingeleiteten Bahn weiterschreitend, einen dem Grade der Hemmung entsprechenden schleppenden Verlauf. Ob der supponierte antitryptische Titer in irgendeinem gesetzmäßigen Zusammenhang mit dem agglutinatorischen Titer steht, ist mir nicht bekannt; wenn ja, so könnten — theoretisch wenigstens — aus dem letzteren Schlüsse auf die anaphylaktische Bereitschaft gezogen werden. Praktische Bedeutung dürfte ihnen wohl kaum beizumessen sein, da die beschriebenen pathologischen Zustände keinen ernsten Charakter besitzen — bisher wenigstens — und daher gegenüber den Vorteilen der Vakzination ohne Bedenken in Kauf genommen werden können.

Nach dieser Vorstellung geht also die Akuität und Intensität des anaphylaktischen Shoks parallel mit der Größe des antitryptischen Titers. (Schluß folgt.)

II. Referate.

Dr. med. **W. Usener**, Feldarzt bei einer Sanitätskompagnie: **Zur Klinik der Bazillenruhr und ihrer Behandlung mit Atropin.** (Berl. klin. Wochenschr., 1916, No. 29.)

Als Ergebnis der vorstehenden Darlegung faßt U. folgendes zusammen: 1. Die Dickdarmkoliken der Bazillenruhr sind der Ausdruck einer mehr oder weniger intensiven toxischen Vaguserregung. Diese kann sich auf das Ileum, vielleicht auch auf Dünndarm und Magen ausbreiten. Die Tenesmen sind zwar eine Folge dieser spastischen Zustände, aber dem Mechanismus ihrer Entstehung nach, demzufolge auch ihrer therapeutischen Beeinflußbarkeit nach mit ihm nicht identisch. Die Widersprüche in der Bewertung der Opiumtherapie finden hier ihre Begründung. 2. Das Stuhlbild, afäkulent, wässerig-schleimig-blutig, ist direkt durch diese Vaguserregung motorisch und sekretorisch bedingt. Fäulnis- und Gärungsstühle sind sekundäre Folge der individuell verschiedenen bakteriellen Zersetzung der spastisch zurückgehaltenen Nahrungsreste. Eine gleichzeitige toxische Wirkung auf die Schleimhautzellen (entzündliche bis nekrotisierende Prozesse) und den Follikelapparat ist anzunehmen. 3. Die verschiedene Schwere des Krankheitsbildes nach Stärke und Dauer wird, abgesehen von der Allgemeinvergiftung, wesentlich durch den verschiedenen Grad und die Ausbreitung der toxischen Vaguserregung bestimmt, die ihrerseits der Größe der Infektion parallelgehend gedacht werden muß. 4. Es gelingt mit Atropin in der Schwere des Symptoms und des jeweiligen Krankheitsbildes entsprechend hohen Dosen die Darmspasmen zu überwinden, die pathologische Sekretion wesentlich einzuschränken, damit auch den sekundären Gärungs- und Fäulnisvorgängen vorzubeugen.

Prof. Dr. **Gustav Singer**, Primararzt der 1. medizin. Abteilung d. Krankenanstalt „Rudolfstiftung" in Wien: **Pylorospasmus und Magenblutung bei organischer Vagusaffektion. (Ein Beitrag zur anatomischen Aufklärung der Vagotonie.)** (Medizin. Klinik, 1916, No. 28.)

Eine Reihe von klinischen und anatomischen Erfahrungen, die Verf. in den letzten Jahren machen konnte, haben in ihm die Ueberzeugung gefestigt, daß ein Teil jener Krankheitsbilder, welche durch die Vagotonie beherrscht erscheinen, mit der Annahme bloß funktioneller Aenderungen und Tonusschwankungen im Vagussystem nicht befriedigend aufgelöst sind. Es widerspricht doch unseren bisherigen Erfahrungen, dauernde oder periodisch immer wiederkehrende Erkrankungen, die schließlich zu anatomisch charakterisierten Erscheinungen (Folgezuständen?) führen, ganz in das Gebiet funktioneller Anomalien der Innervation einzuordnen. Dieses Bedenken gilt nach Verf. Ansicht für die ganze Reihe, an deren Anfang die Hypertonien, die an bestimmten Schließmuskeln lokalisierten Spasmen (Kardia- und Pylorusspasmus), an deren Ende das spasmogene (v. Bergmann) Magen- und Duodenalgeschwür stehen. Gerade in dem Umstande, daß vertiefte Funktionsstörungen an demselben Erfolgsorgan und an bestimmten Stellen desselben immer wiederkehren, hat Verf. immer einen Anreiz dafür erblickt, nach anatomischen Läsionen der die Regulierung zuführenden Nerven zu suchen. Aus einer Reihe von Beobachtungen teilt er einen besonders lehrreichen Fall mit und möchte schon jetzt, nach den Beobachtungen, aus denen er den mitgeteilten Fall als besonders beweisend herausgreift, die Folgerung ziehen, daß bei bestimmten Erkrankungen des Magens der funktionelle Einschlag, der mit der Bezeichnung „Vagotonie" umschrieben erscheint, wohl häufiger, als man es bisher angenommen hat, auf anatomische Erkrankungen des Vagusstammes zurückzuführen ist. Wir müssen wenigstens nach den Erfahrungen, sagt Verf., wie sie in dem vorliegenden Falle so deutlich sprechen, statt uns mit der Supposition funktioneller Störungen zu begnügen, dort, wo es möglich ist, immer nach anatomischen Veränderungen im Vagusstamme suchen. Ein gewisses Moment der Wahrscheinlichkeit spricht schon zugunsten einer anatomischen Erkrankung gegenüber der funktionellen Störung, weil man annehmen muß, daß beim wechselnden Sitz der Störungen in den Erfolgsorganen immer nur die zugehörigen Vagusfasern betroffen sind. Für manche und gewiß nicht seltene Fälle dieser Krankheitsformen scheint Verf. in der chronischen tuberkulösen Erkrankung der Lungen ein vermittelndes Moment für die Entstehung der Vaguserkrankung zu liegen (Kompression durch Hilusdrüsen, toxische Einflüsse).

Dr. **Gustav Hillel**, Nervenarzt (Berlin): **Ueber Beziehungen zwischen Leber- und Nervenkrankheiten.** (Medizin. Klinik, 1916, No. 13.)

Für die große Gruppe der sogen. funktionellen Nervenkrankheiten läßt sich eine Ursache in nachweisbaren anatomischen Veränderungen des Zentralnervensystems nicht finden. Das wissenschaftliche Streben, die gesetzmäßigen Bedingungen für alle Erscheinungen zu erforschen, hat mit Hilfe der biologischen, chemischen und experimentellen Untersuchungen in das weite, dunkle Gebiet der Aetiologie der Nervenkrankheiten einiges Licht gebracht. Zunächst ist durch die von Jendrássik aufgestellte Theorie von der Heredodegeneration für eine Reihe zahlreicher familiärer Krankheiten eine befriedigende Erklärung in der in der Keimanlage gelegenen Minderwertigkeit des Nervensystems gegeben. Die Lehre von der inneren Sekretion hat ferner dazu geführt, die endokrinen Drüsen und das Nervensystem in die engsten Beziehungen zu bringen. Diese Drüsen sind nicht nur regulierend, sondern auch aktive Organe für den Prozeß des Stoffwechsels und verursachen durch quanti- und qualitative Funktionsänderung die außergewöhnlichsten und kompliziertesten Veränderungen des Zentralnervensystems. Auf diesem Wege ist man zur Erkenntnis des innigen Zusammenhangs zwischen Stoffwechsel und Nervensystem gelangt und hat die Lösung der ätiologischen Frage von einem neuen Gesichtspunkte in Angriff genommen. In der Reihe derjenigen Organe, welche für den Stoffwechsel einen bestimmenden Einfluß haben, steht die Leber an erster Stelle, und ihre Erkrankungen müssen naturgemäß eine Störung des Stoffwechsels zur Folge haben. Als sicheren Besitz unseres Wissens haben wir heute bereits die Erkenntnis gewonnen: 1. Funktionelle und organische Nervenkrankheiten können primär durch Funktionsstörung der Leber infolge Veränderungen verschiedenster Art auf funktioneller oder organischer Basis bedingt sein. 2. Bei Leberkrankheiten kommt der schädigenden Einwirkung von Ammoniakverbindungen auf das Zentralnervensystem, speziell dem karbaminsauren Ammonium, eine Bedeutung zu. 3. Charakter und Grad der Leberveränderung und die von ihr abhängigen Funktionsstörungen innersekretorischer Drüsen erzeugen quantitativ und qualitativ noch unbekannte Stoffwechselprodukte, welche für die Mannigfaltigkeit, den Verlauf und den Umfang der Nervenkrankheiten ins Gewicht fallen. Vom praktischen

Gesichtspunkte aus gibt uns der Einblick in diesen Zusammenhang eine Handhabe für unser aktives therapeutisches Eingreifen, durch welches wir in vielen Fällen nach dem Grundsatze „Cessante causa, cessat morbus" Heilung oder Linderung erzielen können.

Professor **Wechselmann** (Berlin): **Ueber reaktionslos verlaufende intravenöse Milchzuckerinjektionen (Schlayersche Funktionsprüfung der Nieren).** (Berl. klin. Wochenschr., 1916, No. 4.)

Die Schlayersche Funktionsprüfung der Niere mittels intravenöser Einverleibung von Milchzucker wird vom Verf. in allen irgendwie verdächtigen Fällen vor Anwendung intravenöser Salvarsaninjektionen geübt, da sie ein vorzügliches Bild über das Funktionieren des Glomerularapparates gibt; dieses ist aber für die ordnungsgemäße Ausscheidung des Salvarsans von grundlegender Bedeutung. Der Wert der Schlayerschen Methode ist allseitig anerkannt und die neuesten experimentellen Untersuchungen von Schwarz und Pulay über das Schicksal des intravenös eingeführten Milchzuckers eröffnen noch neue Perspektiven. Vielfach wurden jedoch nach der intravenösen Einverleibung von Milchzucker heftige Reaktionen, Schüttelfrost, Fieber, Erbrechen, beobachtet. Diese Uebelstände erreichten eine solche Höhe, daß verschiedene Kliniker die Methode trotz ihres hohen diagnostischen Wertes aufgaben. Nachdem Verf. zuerst mit den käuflichen, als steril bezeichneten, Milchzuckerlösungen ebenfalls die oben erwähnten Nebenerscheinungen in mehr oder weniger starker Form beobachtet hatte, ging er dazu über, ein selbsthergestelltes Milchzuckerpräparat zu verwenden, bei dem die Uebelstände zum größten Teile verschwanden. Die Unbequemlichkeit, die in der eigenen Darstellung liegt, veranlaßte ihn, die Hilfe der Chemischen Fabrik Güstrow, die in der Herstellung von Milchzucker die allergrößte Erfahrung besitzt, in Anspruch zu nehmen. Hier ergab sich noch der Vorteil, daß der Milchzucker sofort bei seiner Darstellung von pilzlichen Verunreinigungen frei erhalten wurde und dann in absolut reinem destillierten Wasser gelöst sterilisiert werden konnte. Auf Verfassers Ersuchen stellt die Chemische Fabrik Güstrow seit Juli 1913 Ampullen dar, die auf 2 g frisch bereiteten Milchzuckers 20 ccm frisch destilliertes Wasser enthalten. Verf. überzeugte sich durch Aussaat auf Sabourandschen Maltoseagar, daß der Inhalt der Ampullen frei von Schimmelpilzen war. Der Inhalt wurde ohne weiteres Sterilisieren aus der Ampulle in die Vene gespritzt, und Verf. hat niemals Schüttelfrost oder irgendwie beachtenswerte Temperatursteigerungen, noch andere unangenehme Symptome bemerkt. Erst nach ¾ jährigem Lagern traten in einzelnen Ampullen, welche aus der ersten Zeit der Darstellung stammten, leichte Trübungen auf, und die Injektionen machten ab und zu leichte Reaktionen. Verf. konnte hier, aber in noch höherem Grade bei einzelnen nach Schlayer pasteurisierten Ampullen, Schimmelpilzentwicklung nachweisen. Verf. hat daher die Sorgfalt in der Darstellung noch gesteigert, und hat nunmehr seit Anfang 1914 ein absolut einwandfreies Präparat erhalten, welches unter dem Namen Renovasculin in den Handel gebracht wird und absolut reaktionslos vertragen wird.

Dr. **Leo Hess**, Assistent der III. med. Klinik der Wiener Universität: **Ueber die hämorrhagische Form des chronischen Morbus Brightii.** (Zeitschr. f. klin. Med., Bd. 83, H. 1 u. 2.)

Verf. lenkt die Aufmerksamkeit auf Hämaturien, die in konstanter Weise den Verlauf gewisser chronischer Nephritiden komplizieren und durch die Hartnäckigkeit, mit der sie bestehen und jeder Behandlung trotzen, dem Krankheitsbild ein charakteristisches Gepräge verleihen. Verf. skizziert 7 derartige Fälle. Ein Ueberblick über die skizzierten Fälle zeigt, daß wir es mit männlichen Personen jugendlichen oder mittleren Alters zu tun haben, die sämtlich vor Beginn ihres Nierenleidens Infektionskrankheiten, zumeist schwere (Variola, Scharlach, Rachendiphtherie mit nachfolgender Polyneuritis, schweren Typhus abdominalis, Purpura, Erythema nodosum, Angina mit Drüsenschwellung am Halse) durchgemacht haben. In drei Fällen gingen wiederholte Erkältungen voraus. Diese Angabe ist deshalb von Interesse, weil die im Anschluß an Erkältungen auftretenden akuten Nierenentzündungen, die im Verlauf des jetzigen Krieges zur Beobachtung gelangen, ebenfalls durch ihren hämorrhagischen Charakter und eine lang dauernde Hämaturie ausgezeichnet sind. Das Studium der in jedem einzelnen Falle vorhandenen renalen Symptome, die anamnestischen Daten, ferner die Ureterensondierung, die die renale Genese der Blutung außer Frage stellte, endlich die Beobachtung des Krankheitsverlaufes lassen an der Diagnose „chronische Nephritis" keinen Zweifel. In allen Fällen bestand dauernd Albuminurie, in der Regel leichten Grades. Das prägnanteste Symptom in dem Krankheitsbilde, die Hämaturie, zeigte ein eigentümliches Verhalten: Es handelt sich um Blutbeimengungen mäßigen Grades, so daß der gewöhnlich leicht getrübte Harn einen gelb-bräunlichen oder gelb-rötlichen Farbenton besitzt. Hochgradige Blutabgänge oder Ausscheidung von reinem Blut kamen in Verfassers Fällen höchstens ausnahmsweise vor. Die Blutung dauert durch viele Monate. Weder Bettruhe, noch Styptica, noch diätetische Maßnahmen beseitigen die Blutung vollständig. Was die Frage nach dem anatomischen Substrat dieses Krankheitsbildes betrifft, so zeigen die Glomeruli das Bild schwerster Schädigung mit Wucherungen von seiten der Bowmanschen Kapsel, die teils sichelförmig, teils konzentrisch den Bowmanschen Raum einengen und so die Schlingen des Glomerulus komprimieren (Ausdruck einer subakuten Entzündung). Zeichen frischer Entzündung finden sich nirgends. Auf jeden Fall wird die Eigenart des klinischen Verlaufes durch den anatomischen Befund, der ebensogut einer nicht vorwiegend hämorrhagischen Nephrose entsprechen könnte, nicht zur Genüge erklärt. Verf. sieht sich daher zu der Angabe gedrängt, auch die Neigung zur Hämaturie, wie sie gewisse Fälle chronischer Nierenentzündung mit sonst gutartigem Verlauf auszeichnet, nicht auf einen bestimmten anatomischen Typus der Nierenaffektion zurückzuführen, ebensowenig wie das renale Oedem die klinische Manifestation einer einzigen bestimmten morphologisch definierbaren Nierenerkrankung darstellt, sondern in der Disposition zur Hämaturie den Ausdruck einer besonderen Reaktionsweise des kranken Organes auf die zu Nephritis führende Noxe zu erblicken. Es ist die allgemeine Körperverfassung, nicht die Noxe und nicht die histologische Form des Morbus Brightii, die das klinische Bild färbt.

Prof. **C. Bruhns** (Charlottenburg): **Ueber unbewußte Spätsyphilis nebst Mitteilungen über Ausfall der Wassermannschen Reaktion an 1800 angeblich nicht mit Syphilis infizierten Menschen.** (Berl. klin. Wochenschr., 1916, No. 30.)

Wie viele Menschen infizieren sich in ihrem Leben mit Syphilis? Wir schätzen die Zahl mit Erb und Blaschko in den großen Städten auf ca. 20 Proz. der Männer. Unter den Bewohnern der kleineren Städte und der ländlichen Bezirke ist der Prozentsatz erheblich geringer, so daß als Durchschnittszahl für unsere Gegenden vielfach angenommen wird, daß etwa 10 Proz. aller Männer in den Städten und auf dem Lande sich mit Lues infizieren. Eine einigermaßen genaue Zählung wird freilich nie möglich sein. Abgesehen von dem häufigen absichtlichen Verschweigen seitens der Befragten bei Lebensversicherungsanträgen, Aufnahme von Statistiken usw. wird einer Zählung immer die Menge derjenigen im Wege stehen, die früher eine syphilitische Infektion erlitten haben, ohne es selbst zu wissen. Daß diese im ganzen genommen keine kleine ist, müssen wir aus den häufigen Folgeerkrankungen von Syphilis bei Menschen, die von syphilitischen Antezedentien nichts wissen, annehmen. Inwieweit nun jetzt die Wassermannsche Reaktion imstande ist, hier eine Klärung zu schaffen, hat Verf. versucht, durch Prüfung an anscheinend syphilisgesunden Menschen, Männern und Frauen, zu ermitteln. Es wurden 1800 Personen, die nie an Syphilis gelitten haben wollten und keine Erscheinungen primärer oder sekundärer Lues zeigten, auf klinische Erscheinungen von Spätsyphilis resp. positive Wassermann-Reaktion untersucht. Von diesen zeigten unter 1234 Männern 18 = 1,5 Proz. eine ihnen unbewußte Syphilis, und zwar 12 nur positive Wassermannsche Reaktion und 6 positive Wassermann-Reaktion nebst klinischen Erscheinungen der unbewußten Spätsyphilis. Unter 566 weiblichen Personen, von denen aber viele der Prostitution nicht ferngestanden oder ihr direkt angehörten, zeigten 65 = 11,5 Proz. unbewußte Syphilis. Dagegen wurde bei 132 nur wegen Hautkrankheiten hier aufgenommenen (und der Prostitution im allgemeinen fernstehenden) Frauen und Mädchen nur bei 2 = 1,5 Proz. unbewußte Syphilis gefunden. Diese Zahlen erscheinen, sagt Verf., nach unseren sonstigen klinischen Erfahrungen auffallend gering. Es muß aber angenommen werden, daß die Wassermann-Reaktion sicherlich oft eine vorangegangene, selbst unbehandelte Lues nicht mehr anzeigt, auch wenn diese vielleicht später wieder von Erscheinungen gefolgt sein wird. Daher dürfte auch die Untersuchung der Wassermann-Reaktion bei größeren Gruppen anscheinend gesunder Menschen in prophylaktischer Absicht, z. B. die Blutuntersuchung sämtlicher bei Friedensschluß zu entlassenden Heeresangehörigen, nicht entfernt die damit verbundenen Mühen und Kosten lohnen.

Stabsarzt Dr. **Ernst Gelinsky**: **Grundsätze unserer Wundbehandlung und ihre physiologische Begründung.** (Berl. klinische Wochenschr., 1916, No. 25.)

Zusammenfassung: Der Verband dient als Schutzhülse gegen Neuinfektionen und mechanische Läsionen, und als Sekretbehälter. Der trockene aseptische Verband hat lediglich den Vorzug der Durchlässigkeit und Sterilität. Er eignet sich nur für unter aseptischen Bedingungen angelegte Wunden und Verletzungen, die erfahrungsgemäß, ihrer Entstehung nach, aseptischen Wunden gleich zu achten sind, und zwar allein für Wunden ohne größere Oberflächendefekte. Der Nachteil des trockenen aseptischen Verbandes ist die Fremdkörpereigenschaft der Gaze und ihre mangelnde Aufnahmefähigkeit dickflüssiger Sekrete. Die Fremdkörpereigenschaft nehmen wir durch Bestreichen mit Salbe; der Borsalbenlappen ist der gegebene Verband granulierender Wunden, besonders da er der Epithelisierung kein Hindernis in den Weg legt. Bei allen sezernierenden Wunden erhöhen wir die Aufnahmefähigkeit

der Gaze durch Anfeuchten; bei großen Oberflächendefekten kombinieren wir den aufsaugenden Verband mit Salbenlappen. Womit wir die Gaze anfeuchten, ist gleichgültig, wenn die Flüssigkeit nur zwei Bedingungen erfüllt: mindestens steril zu sein und die Gewebe nicht zu reizen. Praktisch nehmen wir antiseptische Lösungen, um die aseptischen Fehlerquellen zu verringern und Fäulnisvorgänge im Verbande selbst zu verhüten. Eine Einwirkung der antiseptischen Lösung auf den Wundverlauf haben wir nicht zu erwarten, da der mit dem Sekretstrom gleichgerichtete Verdunstungsstrom von der Wunde fortgerichtet ist. Eine wirkliche Einwirkung auf die Wundinfektion haben wir nur von der Trias: Ruhe, Sekretionsableitung und Hyperämie zu erwarten. Um Störungen der Wundheilung zu vermeiden, müssen wir bei stationärer Wundbehandlung den fixierenden Verband getrennt von dem eigentlichen Verbande anlegen; im Gegensatz zum Transportverbande, bei dem der fixierende und der Wundverband kombiniert ist, und der stets als ein nach Zeit und Zweck begrenzter Notverband anzusehen ist. Bei infizierten Wunden ist die Befestigung der Wundverbände durch Binden eine Störung des Wundverlaufs und eine latente Gefahr. Die Binden sind durch die Handtuchbefestigung zu ersetzen, die in unseren Verhältnissen die einzig mögliche Annäherung an die offene Wundbehandlung darstellt. Die Handtuchbefestigung ermöglicht: einen Verbandwechsel ohne Störung der Ruhelage, dauernde Kontrolle der pathologischen Vorgänge, unbehinderte Anwendung unserer aktiven therapeutischen Maßnahmen durch Hyperämiebehandlung. Ist ein ohne Druckbelastung ruhiggestellter entzündeter Teil schmerzfrei, so ist seine Sekretableitung eine genügende, und man kann die Entfieberung durch weitere Ruhelage abwarten. Besteht ein spontaner Schmerz, so ist seine Ursache entweder eine Verhaltung, die wir durch Schnitt öffnen, oder das Weiterfortschreiten der Infektion, die wir nur durch hyperämisierende Mittel beeinflussen können. Da wir in den hyperämisierenden Mitteln die einzige Möglichkeit haben, aktiv die Wundverhältnisse zu beeinflussen, d. h. einen Rückgang der Infektion, schnellere Abstoßung der Nekrosen und raschere Granulationsbildung zu erzwingen, so dürfen wir bei dem Verbande als Wundbehandlungsmittel nicht Halt machen, sondern müssen die im einzelnen Falle gegebenen hyperämisierenden Maßnahmen anwenden, die erfahrungsgemäß gefahrlos sind: Heißluft, Licht, warme Bäder und Spülungen. Diese Behandlung gewährt uns durch Ausnutzung aller uns zur Verfügung stehenden Mittel die besten und schnellsten Heilungsaussichten und eine große materielle Ersparnis.

Stabsarzt Dr. **F. Weissgerber: Warum nehmen gewisse Weichteilschußverletzungen des Oberschenkels in bezug auf Geschoßwirkung, Diagnose und Prognose eine Sonderstellung ein?** (Medizin. Klinik, 1916, No. 25.)

Burckhardt hat in seiner Arbeit: „Innere Verblutung in den Oberschenkel" einen Fall von innerer Verblutung beschrieben, der deshalb bemerkenswert ist, weil die Verblutung nicht in eine der großen Leibeshöhlen, sondern in einen erst durch das Geschoß entstandenen Hohlraum hinein erfolgte. Burckhardt sieht die einzige Möglichkeit, wo solche innere Verblutung in eine durch die Verletzung entstandene Höhle erfolgen kann, nur beim Oberschenkel und Gesäß gegeben, da sich im Körper sonst keine so großen Muskelmassen finden, in denen eine ausreichend große Höhle entstehen könnte. Auch dann müssen noch eine Reihe ungewöhnlicher Umstände zusammenkommen, nämlich 1. kleiner Ein- und Ausschuß, weil sonst die Blutung nach außen erfolgt, 2. muß das Geschoß eine Sprengwirkung irgendwelcher Art haben, um eine genügend große Höhle zu schaffen. Leider ist es Burckhardt nicht möglich gewesen, bei seiner Einzelbeobachtung die Geschoßwirkung genauer zu studieren. Verf. vorliegender Arbeit hat drei entsprechende Fälle beobachtet und gibt eine andere Erklärung. Explosivwirkung schließt er aus, und zwar weil bei solchen Schüssen infolge der Explosivgewalt mindestens der Ausschuß so erheblich ist, daß die erste Bedingung zum Zustandekommen einer inneren Blutung, nämlich kleine äußere Wunde, nicht erfüllt würde. Die Schüsse mit Explosivwirkung, die er gesehen, betrafen immer nur Nahschüsse mit großem Ein- und noch größerem Ausschusse; einen Steckschuß mit Explosivwirkung sah er nie! Operations- und Sektionsbefund haben Verf. zu folgender Erklärung geführt: Der glatte Infanterieschuß mit nicht deformiertem Projektil gibt zwar kleinen Ein- und Ausschuß, macht aber nur einen kleinen Wundkanal, keine Höhle. Anders ein Infanteriegeschoß, das schon deformiert ist, oder im Körper zum Querschläger wird, eine deformierte Schrapnellkugel oder ein Granatsplitter. Sie können unter gewissen Bedingungen sehr wohl kleine Ein- und Ausschußöffnungen haben, und dabei doch eine große Höhle hervorrufen, und zwar auch nur beim Oberschenkel, wegen der dort eigenartigen anatomischen Verhältnisse. Nur der Oberschenkel hat solche lange, mächtige Muskeln, die alle in der Längsrichtung verlaufen und die schlauchartig von der derben, unnachgiebigen Oberschenkelfascie umgeben sind. Werden diese Muskeln von einem länglichen Projektil quer zur Faserrichtung getroffen und durchtrennt, so retrahieren sich die Muskelstümpfe nach oben und unten, es kommt zur Höhlenbildung, die dadurch noch größer wird, daß das sich ansammelnde Blut die Muskelstümpfe noch passiv zurückdrängt, weil eine Ausdehnung der Breite nach wegen der deckenden, unnachgiebigen Fascie nicht möglich ist. Die Wirkung des Projektils ist also weniger eine explosive als eine schneidende, durchtrennende. Sie wird um so wirkungsvoller sein, je weniger dick, je länger und schärfer das Projektil ist, je mehr Muskelfasern es infolge seiner Form durchtrennt und wenn es die Muskulatur möglichst senkrecht zur Faserrichtung trifft, und schließlich muß das Projektil, um nur kleinen Ein- und Ausschuß zu machen, in seiner Längsrichtung ein- und austreten. Kr.

III. Tagesgeschichte.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Den Privatdozenten Dr. Max Stickel (Gynäkologie) und Dr. Karl Thomas (Physiologie) ist der Professortitel beigelegt worden.

Halle a. S. Dr. K. Justi, dessen Beförderung zum Titularprofessor wir in der vorigen Nummer meldeten, lehrt nicht Anatomie, sondern pathologische Anatomie.

— Der Privatdozent der Augenheilkunde Dr. Wilhelm Clausen hat den Professortitel erhalten.

Kiel. Dem Privatdozenten der Psychiatrie Dr. Werner Runge ist der Professortitel beigelegt worden.

Marburg. Den Privatdozenten der medizinischen Fakultät Dr. Hagemann (Chirurgie), Dr. Grüter Augenheilkunde, Dr. Veit (Anatomie) und Dr. Berblinger (pathologische Anatomie) ist der Professortitel verliehen worden.

Bonn. Die Privatdozenten Dr. Otto Dragendorff (Anatomie) und Dr. Paul Prym (pathologische Anatomie) haben den Professortitel erhalten.

Cöln. Im Alter von 93 Jahren starb hierselbst der Nestor der preußischen Aerzte Geh. Medizinalrat Dr. O. Schwartz. Er war von 1870 bis 1894 Regierungs- und Medizinalrat in Cöln; später wurde er zum Ehrenpräsidenten des Cölner Aerztevereins gewählt. Publizistisch ist er auf den Gebieten der Psychiatrie, der öffentlichen Gesundheitspflege und des ärztlichen Standeswesens hervorgetreten.

Wien. Es habilitierten sich Dr. Paul Werner für Geburtshilfe und Gynäkologie, Dr. Clemens Schopper für pathologische Anatomie, Dr. Karl Kofler für Rhinolaryngologie und Dr. Karl Lindner für Augenheilkunde.

Zürich. Der ordentliche Professor der Physiologie Dr. J. Gaule legt sein Lehramt nieder, um nach Amerika überzusiedeln.

Stockholm. Dem Vernehmen nach schweben zurzeit Verhandlungen, um den Nobelpreisträger Dr. Robert Barany, der kürzlich nach seiner Entlassung aus der russischen Gefangenschaft seinen öffentlichen Nobelvortrag hielt, als Professor der Otologie und Rhinolaryngologie an die Universität Upsala zu ziehen.

Verschiedenes.

Cöln. Die in der ersten Hälfte dieses Jahres im Kaiserin-Friedrich-Haus in Berlin gezeigte **„Kriegsärztliche Ausstellung"** findet zurzeit in Cöln im Rahmen der „Ausstellung für Kriegsfürsorge" statt. Auf Wunsch der Medizinalabteilung des Kriegsministeriums ist sie nach Cöln verlegt worden, um auch den Aerzten an der Westfront Gelegenheit zum Besuch der Ausstellung zu geben. Es sei deshalb noch kurz auf die wesentlichen Bestandteile der Ausstellung hingewiesen. Sie gliedert sich in 4 Abteilungen, von denen die erste sich mit den Improvisationen im Felde beschäftigt. In naturgetreuen Modellen ist alles dasjenige zusammengetragen, was der Krieg auf diesem Gebiete neu geschaffen hat. Gerade diese Abteilung wird den Aerzten von der Front ein besonderes Interesse abverlangen. Die 2. Abteilung ist aus den Verhältnissen des Feldlazarettes hervorgegangen und beschäftigt sich im wesentlichen mit dem Transportverband. Auch diese Abteilung bietet vieles Interessante und Wissenswerte. Die 3. Abteilung zeigt die Verhältnisse im Heimatlazarett, doch sind diese nur so weit berücksichtigt, als wirklich Neues und Brauchbares vorhanden ist. In dieser Abteilung ist ein ausgedehnter Gebrauch von der Darstellung in Moulagen gemacht worden. So sind die wichtigsten kriegschirurgischen Operationen, die Nervennaht, die Aneurysma-Operation, die plastischen Operationen an Nase, Schädel und Kiefer dargestellt, dabei auch besonderer Wert auf die orthopädische Nachbehandlung gelegt. Die 4. Abteilung zeigt alle hygienischen Einrichtungen, die so wesentlich für die Gesunderhaltung unserer Armee beigetragen haben, die Entlausungsanlagen, Wäschereibetriebe, Lazaretteinrichtungen usw.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: San.-Rat Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil S. Caspari, Berlin-Schöneberg.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW. 68, Alexandrinenstraße 113.

85. Jahrgang **Berlin, 14. Oktober 1916** **No. 42**

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Steinplatz 105 56

85. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W. 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Vermutungen über einige Immunstoffwechselvorgänge nach Typhusvakzination.

Von Dr. **Karl Wagner**, derztg. k. u. k. Regimentsarzt i. E., Expositur der k. u. k. Gebirgsbrigade-San.-Anstalt 7.

(Schluß.)

Zu 3.: Es ist bekannt, daß nach Injektion von Diphtherieserum ein hämorrhagisches Exanthem mit gleichzeitiger Affektion der Nieren, Blutharn, Eiweißausscheidung, Herabsetzung der Harnsekretion bis zu vollständiger Anurie auftreten kann. Der Vorgang beruht — ganz allgemein ausgedrückt — auf einer toxischen Schädigung der Gefäßkapillaren der Haut und der Niere und wohl auch der übrigen Organe. Der Zustand tritt erst mehrere Tage, oft erst am 13. Tage, auf und ist daher nicht durch das mit dem Diphtherieantitoxin eingeführte körperfremde Serumeiweiß direkt bedingt, sondern als Folgezustand der toxischen Wirkung von Reaktionsprodukten aufzufassen, die im Organismus als Antwort auf das eingeführte Antigen entstehen. Die Tatsache, daß dieser pathologische Zustand nicht nach jeder Einverleibung von Diphtherieserum auftritt, verlangt die Supponierung einer gewissen Bereitschaft — von primär kranken Nieren natürlich abgesehen — ein Zustand, der in seinen serologischen Komponenten erst zu analysieren wäre. Indes sind wir immerhin zur Annahme berechtigt, daß es in der ungemein komplizierten Werkstätte des Immunstoffwechsels im weiteren Sinne zu verschiedenen Zeiten mehr oder minder zufälligerweise Substanzen, Fermente geben kann, die, nach der Einführung von artfremden Eiweißstoffen mit diesen in biochemische Wechselbeziehung tretend, toxische Reaktionsprodukte bilden können, welche geeignet sind, die Gefäßwände zu schädigen, vielleicht auch Gerinnungen, Ausfällungen zu verursachen, welche ihrerseits wieder, in den kleinsten Gefäßen auftretend, diese verstopfen können und so auf verschiedene Art zu Hämorrhagien Veranlassung geben.

Es ist meiner Meinung nach nicht von der Hand zu weisen, daß gelegentlich ähnliche Verhältnisse bei der Vakzination und Revakzination eintreten können. Ich wenigstens erlebte eine Reihe von Nephritisfällen, die mir in mehr als bloß zufälliger zeitlicher Beziehung zur Revakzination zu stehen schienen. Abgesehen von der Möglichkeit einer schon bestehenden Minderwertigkeit der Nieren kann auch in den hier in Rede stehenden Fällen die Bereitschaft bedingt sein durch bereits bestehende Fermente, welche, mit den bei der Revakzination eingeführten Typhusbazillenleichen in Reaktion tretend, nun Gifte freimachen oder bilden; sie kann aber auch bedingt sein durch die bei der ersten Impfung hervorgerufene spezifische Stimmung, wenn ich mich so ausdrücken darf, der Zellen zur Produktion von Fermenten im Anschlusse an die Revakzination, welche nun, ähnlich wie bei den tryptischen Vorgängen des parenteralen Eiweißabbaues, im Kampfe mit dem neuen Antigen toxische Intermediär- oder auch Endprodukte bilden können. Eines ist sicher, die Reaktion der Zellen auf ein und dasselbe Antigen ist zu verschiedenen Zeiten verschieden, wenn auch im allgemeinen gesetzmäßig, aber immerhin ziemlich häufigen Ausnahmen unterworfen, somit auch ihre Reaktionsprodukte, und dieser biochemische Ausnahmezustand ist die Bereitschaft, ist das, was so oft mit dem Worte Disposition bezeichnet wird, wenn die eigentlichen Ursachen dunkel sind und zur Erklärung einer Erscheinung ein „Begriff“ supponiert werden muß. Wenn wir uns aber die oben beschriebenen Möglichkeiten vor Augen halten, so wird das Wort Bereitschaft, Disposition, reale Formen annehmen, wir werden uns nicht über Ausnahmeerscheinungen wundern oder sie gar in Abrede stellen wollen, weil sie sich nicht in unser Schema zu fügen scheinen. Diese Art der Nephritis hat übrigens einen benignen Verlauf, läßt sich durch die allgemein bekannte Therapie günstig beeinflussen und reagiert auf geringe Dosen Atophan ($3 \times 0{,}3$ g im Tag in Radeiner, Rohitscher etc.) mit Herabsinken der Eiweißmengen oft schon in 3—4 Tagen, Steigen der Harnsäureausscheidung sowie der Urinmenge und Herabsetzung des spezifischen Gewichtes. Achtung auf Nierenblutung!

II. Referate.

Dr. **Arno Lehndorff**, Assistent d. med. Klinik R. v. Jaksch in Prag: **Ueber Exanthem bei Fleckfieber.** (Zentralbl. f. innere Medizin, 1916, No. 29.)

Verf. hat unter 49 sicheren Fällen von Fleckfieber bei 6 Fällen ein wohlcharakterisiertes Exanthem im Bereiche des hinteren Teiles des harten Gaumens, der Uvula und der Gaumenbögen feststellen können. Es fanden sich multiple (etwa 2—4), über linsengroße, häufig länglich geformte, zackig begrenzte Erythemfleckchen von bläulich-roter Farbe an den angegebenen Stellen. Im Zentrum dieser Fleckchen, aber auch exzentrisch gelegen, sah Verf. einen solitären, mehr kreisrunden, schwärzlich-blauen Fleck, der etwas kleiner als erbsengroß war. Bei Druck mit dem Spatel blieb dieser kleine

runde Fleck bestehen, während das ihn umgebende Erythemfleckchen verschwand, um nach Aufhören des Druckes bald wieder aufzutauchen. In der Umgebung dieser Fleckchen war die Schleimhaut, besonders am harten Gaumen, eher auffällig blaß. In allen diesen 6 Fällen zeigte die Haut des Rumpfes, des Halses und der Extremitäten ein ungewöhnlich reichlich ausgebreitetes Exanthem, größtenteils mit petechialer Umwandlung. Das oben beschriebene Exanthem war ungefähr am 8. Krankheitstage am deutlichsten ausgebildet. In den darauffolgenden Tagen verschwand es rasch, ohne Spuren zu hinterlassen. Bei Typhus abdominalis und bei anderen exanthematischen Infektionskrankheiten hat Verf. ein ähnliches Exanthem nie gesehen. Es könnte also differential-diagnostisch verwertet werden.

Viktor Schläpfer, weil. Assistenzarzt der medizin. Klinik in Basel: **Ueber die Bedeutung der subfebrilen Temperaturen für die Diagnose der beginnenden Lungentuberkulose.** (Zeitschr. f. klin. Med., Bd. 83, H. 3 u. 4.)

Unter denjenigen Krankheiten, bei denen subfebrile Temperatursteigerungen gefunden wurden, steht an erster Stelle die Lungentuberkulose. Schon bei der ersten Untersuchung findet man bei 41 Proz. aller Fälle mit subfebrilen Temperaturen deutliche tuberkulöse Lungenveränderungen. Dazu kommen noch 10 Proz., bei denen die Tuberkulose erst bei der Nachuntersuchung nach einem Zeitraum von im Mittel 10 Jahren konstatiert wurde. Diese Kranken litten bei der ersten Untersuchung an den Symptomen von Neurasthenie, Morbus Basedowii und Chlorose und erkrankten erst später. Diese Patienten, die sich nachträglich als Tuberkulöse erweisen, machen ein Viertel der Kranken mit ähnlichen Symptomen aus, bei denen subfebrile Temperaturen gefunden worden waren. Es leiden also 52 Prozent aller Patienten, die subfebrile Erhöhungen der Körpertemperatur zeigen, an manifester oder larvierter Tuberkulose der Lungen. Von den restierenden 48 Prozent zeigen 32 Prozent die Symptome von Ulcus ventriculi und Obstipation, Neurasthenie, Chlorose und Myalgie und 16 Prozent leiden an nicht tuberkulösen chronisch entzündlichen Affektionen. Von denjenigen Kranken, die bei der ersten Untersuchung an manifester Tuberkulose litten, und die nur zum kleinsten Teil eine gründliche Behandlung und Sanatoriumsaufenthalt durchgemacht haben, stirbt ein Drittel in einem Zeitraum von 1—6 Jahren, ein Drittel zeigt auch bei der Nachuntersuchung nach 8—15 Jahren noch deutliche tuberkulöse Lungenveränderungen, und ein Drittel ist bei der Nachuntersuchung gesund. Von denjenigen Kranken, bei denen erst später eine Tuberkulose als Ursache der subfebrilen Temperaturen nachgewiesen werden kann, stirbt nur ein kleiner Teil ($^1/_5$) daran, die meisten ($^4/_5$) zeigen noch nach 10 Jahren einen ganz geringen Befund. Subfebrile Temperaturen ohne greifbare Ursache lassen also den Verdacht auf Lungentuberkulose immer gerechtfertigt erscheinen. Aber selbst wenn der Verdacht durch das Ergebnis der Lungenuntersuchung gestützt wird, ist es nicht notwendig, die Kranken unter allen Umständen sofort einer gründlichen Kur zu unterziehen, sondern häufig ist vorläufig eine zuwartende Beobachtung genügend, die sich aber über lange Zeit zu erstrecken hat.

Dr. **Walter Gerlach** und Dr. **Fritz Erkes**, Vol.-Assistenten der chirurg. Universitätsklinik Berlin: **Der Wert der Röntgenuntersuchung für die Diagnose des Ulcus duodeni. Eine radiologische Studie auf Grund von Erfahrungen an 47 operierten Fällen.** (Deutsche Zeitschrift f. Chir., Bd. 31, H. 4—5.)

Ueber den Wert der Röntgenuntersuchung für die Diagnose des Ulcus duodeni herrschen noch sehr verschiedene, zum Teil entgegengesetzte Ansichten. Während von einigen Autoren der Radiologie eine geradezu charakteristische Bedeutung zugesprochen wird, halten andere die Röntgenuntersuchung für wenig verläßlich, in manchen Fällen sogar für irreführend. Aus den Untersuchungen der Verff. ergibt sich, daß sie nur zwei Symptome: die vermehrte hocheinsetzende Peristaltik und die Ptose in bemerkenswerter Häufigkeit vorkommen sahen. Auch sie konnte eine strengere Kritik als Wahrscheinlichkeitssymptome nicht gelten lassen. Es gibt also tatsächlich, nach der Verff. Material zu urteilen, kein röntgenologisches Einzelzeichen, weder Dauerbulbusfüllung oder Dauerausguß oder Wismutfleck im Duodenum, noch vermehrte hocheinsetzende Peristaltik oder Rechtsverziehung des Magens, noch irgendein sonst beobachtetes Zeichen, das für die Diagnose Ulcus duodeni ins Gewicht fallen könnte. Häufig werden nun mehrere jener „Symptome" zusammen beobachtet und es ist die Meinung vertreten worden, daß, wenn auch ein Einzelzeichen nichts beweise, dem Auftreten mehrerer derselben doch Bedeutung zugesprochen werden müsse. Dieser Einwand trifft zu, sobald es sich um Einzelsymptome handelt, die selbst irgendeinen Wahrscheinlichkeitswert besitzen. Nach ihrer Untersuchung halten die Verff. jedes der angeführten Symptome für wertlos, und selbstverständlich können sie dann auch durch Häufung einen Wert nicht gewinnen. Soll man nun bei der Diagnose von Fällen, die auf Ulcus duodeni verdächtig sind, auf die Röntgenuntersuchung verzichten? Das hieße über das Ziel hinausschießen. Gewiß ist ein positives Resultat, beim Fehlen jedes charakteristischen Symptomes, vorläufig nicht zu erwarten. Ebensowenig können wir auch auf Grund des Röntgenbefundes ein Ulcus duodeni ausschließen, mit Ausnahme der Fälle, und hier liegt die eine Notwendigkeit der Röntgenuntersuchung begründet, wo mit Sicherheit eine Affektion des Magens zu erkennen ist. Wichtig erscheint den Verff. aber ein weiteres gründliches Studium der Veränderungen am Magen und Dodenum in den auf Ulcus duodeni verdächtigen Fällen deshalb, weil sie überzeugt sind, daß eine verbesserte Beobachtungstechnik auch hier noch Erfolge haben wird.

Prof. Dr. **Adolf Bickel** (Berlin): **Ueber die Bedeutung der Mineralwasserzufuhr beim Aufenthalt in trockenen Klimaten mit besonderer Berücksichtigung der Nierenkranken.** [Nach Stoffwechselversuchen in Aegypten.] (Berl. klin. Wochenschrift, 1916, No. 26.)

Verf. studierte die besonderen Beziehungen zwischen der Wasserzufuhr und der Ausscheidung der harnfähigen Stoffe durch die Nieren im Wüstenklima. Es zeigte sich weiter, daß gerade der Genuß größerer Mengen Fachinger Wassers dem Harne eine leicht alkalische oder amphotere Reaktion in den meisten Fällen verleiht; diese in mancher Hinsicht erwünschte Erscheinung verdient darum auch besondere Erwähnung. Denn Hirschfeld hat neuerdings wieder, ebenso wie kurz zuvor Richter, darauf hingewiesen, daß ein mäßiger Gebrauch von Alkali unter Berücksichtigung eines zweckmäßigen Diätregimes bei manchen Nephritisformen durch die Neutralisierung oder auch leichte Alkalisierung des Harnes einen auffallend günstigen Einfluß auf die Albuminurie und Zylindrurie haben kann. Es ist also von diesem Gesichtspunkte durchaus rationell, wenn man schon einen Nierenkranken nach Aegypten schickt, ihn das für seine Kur notwendige Wasser als Mineralwasser von dem Charakter des Fachinger Wassers trinken zu lassen. Gerade von diesem therapeutischen Gesichtspunkt aus hat Verf. mit besonderer Absicht bei seinen Versuchen ausschließlich das Fachinger Wasser angewandt; denn es ist keineswegs gleichgültig bei der großen Bedeutung, die im Wüstenklima die Regelung der Wasser-, Kochsalz- und Alkalizufuhr neben derjenigen der Eiweißkost hat, welches Mineralwasser ein Nephritiker zu sich nimmt. Bei den größeren täglichen Mengen, die hier zum Genuß in Frage kommen, spielt die Zusammensetzung des Wassers im Hinblick auf den ganzen Salzstoffwechsel allerdings eine erhebliche Rolle.

Wilfried Fischer: Ueber hohe Sakralanästhesie. (Deutsche Zeitschr. f. Chir., Bd. 136, H. 6.)

Wir haben nach Verfassers Beobachtungen in der chirurgischen Abteilung des städt. Krankenhauses zu Worms in der hohen Sakral-(Epidural-, Extradural-)Anästhesie ein Anästhesierungsverfahren von ausgezeichneter Brauchbarkeit. Ihren Nachteilen — nicht ganz einfache Technik, zeitlich beschränkte Wirkung — stehen weit schwerer wiegende Vorteile gegenüber. Diese zeigen sich sowohl während, als nach der Operation: Die völlige, durch keine Inhalationsnarkose zu erzielende Erschlaffung der Bauchwandmuskulatur erinnert an die von der Lumbalanästhesie her gewohnte. Vor beiden zeichnet sie sich durch die Geringfügigkeit der Nebenwirkungen aus. Ueberraschend ist der Unterschied im postoperativen Verlauf einer in Sakralanästhesie einerseits, in Inhalationsnarkose andererseits ausgeführten Laparotomie. Die üblen Narkosewirkungen, Erbrechen, Würgen, fehlen ganz. Ebenso wurde jede Shokwirkung vermißt. Das frische Aussehen der Patienten, der gute kräftige Puls ist immer wieder aufgefallen. Man hat der Sakralanästhesie vorgeworfen, daß sie zu zeitraubend sei und viel Personal erfordere. Das ist nicht richtig. Bei rationeller Zeiteinteilung, die sich auch in jeder größeren Klinik durchführen läßt, ist sie nicht zeitraubender, wie jedes Narkoseverfahren. Verf. hält es so, daß er während der Wartezeit kleine Operationen ausführt, oder daß ein Assistent, während der Operateur die vorherige Operation vollendet, den nachfolgenden Kranken injiziert. Während der Operation genügt eine Schwester, die nach Bedarf ein paar Tropfen Aether gibt und dem Kranken behilflich ist, falls Erbrechen eintreten sollte. Besonders schätzenswert ist die hohe Sakralanästhesie in solchen Fällen, wo gegen Inhalationsnarkose schwerwiegende Bedenken bestehen. Also z. B. bei hochgradig Anämischen, Tuberkulösen und Herzkranken. Verf. glaubt sich ferner überzeugt zu haben, daß eine Kombination mit dem Dämmerschlaf nicht notwendig ist. Damit wird vielleicht auch das Vorurteil fallen, das viele Chirurgen gegen eine erweiterte Anwendung der hohen Sakralanästhesie einnimmt.

Dr. **Oswald Schwarz** (Wien): **Ueber Störungen der Blasenfunktion nach Schußverletzungen des Rückenmarks.** (Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie, Bd. 29, H. 2.)

Der leitende Gedanke dieser Arbeit war der Versuch, die verschiedenen Miktionsformen bei Verletzungen des Rückenmarkes auf abnorme Funktion der bei der normalen Miktion beteiligten Faktoren zurückzuführen. Das einzige gemeinsame Symptom aller Funktionsstörungen der Blase nach Rückenmarksverletzungen ist die Unabhängigkeit der Harnentleerung

vom Willen des Patienten. Die typische Miktionsform nach Schußverletzungen des Rückenmarkes ist die automatische Entleerung. In einer sehr großen Anzahl von Fällen kam es zur kompletten Retention; sie trat gleich nach der Verletzung auf, dauerte wenige Tage bis mehrere Monate und ging immer in automatische Entleerung über. Das andere nach der Theorie zu erwartende Extrem: Das permanente Harnträufeln konnte in keinem Falle beobachtet werden. In der weitaus überwiegenden Mehrzahl von automatischen Blasen fand sich Residualharn, dessen Menge von Fall zu Fall außerordentlich, bei demselben Patienten zu verschiedenen Zeiten in geringerem Maße schwankte. Bei günstigem Verlauf der Krankheit werden zunächst die Miktionsintervalle länger, dann kehrt allmählich die Fähigkeit zurück, den Harndrang immer länger zu überwinden, ganz zuletzt erscheint die Möglichkeit, den Urin willkürlich zu entleeren. — Bei der automatischen Entleerung kann der Detrusor seinen Tonus beibehalten. In vielen Fällen ist er mehr oder weniger hypertonisch, was sich in der charakteristischen Kurve des Blasendruckes und dem eventuellen Auftreten einer Trabekelblase dokumentiert. Dieselben Funktionsveränderungen zeigt der glatte Sphinkter. Ein Sphinkterspasmus wurde nur in drei Fällen und auch da nur episodisch gesehen; nur in einem dieser Fälle liegt die Möglichkeit vor, einen entscheidenden Einfluß des Sphinkterspasmus auf die Miktion anzunehmen. Alle diese Funktionszustände von Detrusor und Sphinkter können in beliebiger Weise miteinander kombiniert vorkommen; nur das Bild einer komplett atonischen Blase wurde nie gesehen. Bei der kompletten Retention konnte die Annahme gestützt werden, daß dieser Zustand durch eine Hypotonie des Detrusors und den Verlust der aktiven Relaxation des Sphinkters verursacht ist. Eine befriedigende Erklärung für das Zustandekommen eines Residuums konnte nicht gefunden werden. In der Frage, ob Kontraktion des Detrusors oder Erschlaffung des Sphinkters die Miktion einleitet, scheinen Verfassers Beobachtungen für die zweite Annahme zu sprechen. Für das Zustandekommen der willkürlichen, wenn auch unbewußten Kontinenz kommt dem quergestreiften Sphinkter eine größere Bedeutung zu, als ihm bisher zugeschrieben wurde. Seine Lähmung bedingt Blasenautomatismus. Die Höhe der Läsion im Rückenmark ist für die Form der Miktionsstörung ohne jede Bedeutung. Die Blasenstörung im allgemeinen wie in einzelnen Details ist völlig unabhängig von den übrigen neurologischen Symptomen.

Dr. **Max Cohn**, leitender Arzt der orthopädischen u. Röntgenabteilung am Krankenhaus Moabit: **Zu Sauerbruchs „Die willkürlich bewegbare künstliche Hand", zugleich ein Beitrag über die Ursachen der Stumpfbeschwerden.** (Berl. klin. Wochenschr., 1916, No. 34.)

Sauerbruch hat bei Armamputierten mit Erfolg eine Operation ausgeführt, durch welche er eine aus Beugern und Streckern gebildete Muskelschleife aktionsfähig mit einer künstlichen Hand verbinden will. Zu diesem Zwecke wird in zweizeitigem Verfahren die entsprechende Muskulatur des Vorder- oder Oberarmes genügend freigemacht, der Knochenstumpf muß, um genügenden Spielraum für die Muskeltätigkeit zu erlangen, häufig verkürzt werden, und die mit Haut überzogenen Muskellappen werden mit einem Kanal versehen. Der „Kraftwulst" ist fertig. Durch den Kanal wird ein Elfenbeinstift geschoben, der durch ein Seil mit der Kunsthand verbunden werden soll. Sauerbruch verfolgt mit dieser gewiß nicht unkomplizierten Operation zweierlei: Es soll der erhaltene Teil der Extremität nicht zur Führung und Stütze für das Kunstglied dienen, sondern zu neuer Tätigkeit angefacht werden, und ferner soll die gewissermaßen belebte Kunsthand eine größere Ausnutzung gestatten, als das bisher bei sogenannten aktiven Prothesen der Fall war. Da Verf. vorliegender Arbeit selbst eine „willkürlich bewegbare künstliche Hand" nach Amputation am linken Vorderarm trägt, hat er sich mit dem Problem an sich und mit der Sauerbruchschen Lösung im besonderen eingehend befaßt. Sauerbruch gibt seiner Operation zweierlei Begründung mit auf den Weg. Demnach wären auch folgende zwei Fragen zu erörtern: 1. Hängen die vielen Beschwerden, die bei den Amputierten in der Folgezeit aufzutreten pflegen: „Schmerzhaftigkeit, Empfindlichkeit des Stumpfes, schlechte Zirkulation und Störungen der Ernährung" mit dem Ausfall an Muskeltätigkeit zusammen? 2. Macht die Sauerbruchsche Operation nennenswerte mechanische Teile der Prothese entbehrlich oder übertrifft die Sauerbruchsche Operation im Zusammenwirken mit einer Prothese die Leistungen einer guten Prothese, wie wir sie in dem vom Verf. getragenen Carnes-Arm bereits besitzen? Die Ansicht Sauerbruchs, daß die schlechte Ernährung des Amputationsstumpfes mit den häufigen Beschwerden der Amputierten zusammenhänge, kann Verf. auf Grund seiner Beobachtungen nicht bestätigen. Auf Grund der Beobachtung an sich selbst und an anderen kann er aber sagen, daß die Muskeltätigkeit ein auslösendes Moment für die Stumpfbeschwerden abgibt. Auf Grund seiner Ueberlegungen hält Verf. die „Zukunftsbilanz" der Kombination von Sauerbruch-Operation und Prothese für wenig aussichtsreich. Der Pat. muß sich nach den Schrecknissen des Armverlustes mit einer oft lange Zeit verzögerten Heilung und Nachbehandlung noch zweimal operieren lassen: Er hat dabei das Risiko der Operation selbst und ihres technischen Erfolges, zwei Faktoren, die nicht immer über allem Zweifel erhaben sind. Dazu kommt häufig die Verkürzung des Armstumpfes. Auch erlaubt die glücklich durchgeführte Operation keinerlei Verzicht auf die mechanischen Elemente eines guten Kunstarmes. Andererseits gibt es eine Prothese, die allein, ohne alle Voroperation, das Gleiche wie bestenfalls die Sauerbruchsche Operation zusammen mit einer noch zu erfindenden Prothese leistet. Ein Fortschritt für den Armamputierten ist erst dann zu erwarten, wenn die Prothese auf eine Höhe gebracht wird, die Bestehendes übertrifft.

P. G. Unna: Blepharitis ciliaris, eine Hautkrankheit. (Dermatol. Wochenschr., 1916, No. 21.)

Verf. möchte mit dieser Bezeichnung der Blepharitis ciliaris die Dermatologen anregen, mehr als bisher ihr Interesse der Heilung dieser sonst allein den Ophthalmologen überlassenen Liderkrankung zuzuwenden und diejenige Behandlung angeben, die in den letzten Jahren ihn nie im Stiche gelassen hat und sich mit jeder sonstigen Haut- und Augenkrankheit verträgt und verbinden läßt. U. teilt die Behandlung in zwei Maßnahmen, die grundsätzlich verschiedene Zwecke verfolgen, in eine ungemein milde Behandlung der Lidentzündung und der benachbarten Conjunctivitis und eine starke und tiefgreifende Behandlung der einzelnen Haarfollikel. Jene wird vom Pat. selbst kontinuierlich, diese vom Arzt zeitweise ausgeführt. Vor einigen Jahren fand Verf., daß das mittels Alkalien oxydierte Pyrogallol, das Pyraloxin (vorrätig in der Schwanapotheke, Hamburg), von der Bindehaut sehr gut vertragen wird und alle Katarrhe derselben sehr günstig beeinflußt, auch dann, wenn die gewöhnlichen Zinksalze ihren Dienst versagen. Man löst das Pyraloxin in Boraxwasser und setzt der Lösung etwas Suprarenin als anämisierenden Faktor zu. Nachdem sich herausgestellt hatte, daß Umschläge mit dieser Mischung auch auf das Lidekzem günstig einwirkten, ging Verf. zu einer bequemeren Lidsalbe über: Pyraloxini 0,1—0,5, Aq. boracis (3 proz.) 20,0, Sol. Suprarenini 1,0, Eucerini anhydrici ad 50,0. M. F. S. Ung. refrigerans ophthalmicum. Diese leistete nicht bloß bei allen Ekzemen (auch kallösen) der Lider gute Dienste, sondern auch gegen die Entzündungssymptome am Lidrande und an den Konjunktiven. Unter ihrem Gebrauche lösen sich die Schuppen leicht ab, und nun braucht der Arzt nur alle paar Tage die bloßgelegten einzelnen Follikeleingänge mittels eines kleinen Wattetampons mit dem Höllensteinspiritus zu betupfen: Argenti nitrici 5, Aq. dest. 10, Spir. aetherei nitrosi 85. M. S. Spiritus argenti nitrici. Diese spirituöse Flüssigkeit dringt genügend tief in die Follikel ein, und durch ihr Oxydationsbestreben wird der Höllenstein nicht wie in gewöhnlichem Alkohol reduziert und abgeschwächt.

Dozent Dr. **J. Odstrcil**, Stabsarzt u. Kommandant des Reservespitals in Olmütz: **„Perkaglyzerin Winkel" als Glyzerinersatz in der Dermatologie.** (Medizin. Klinik, 1916, No. 35.)

So wie anderen Autoren hat sich auch O. das Perkaglyzerin sehr gut zum Bestreichen von Gummi-, Metallkathetern und Bougies bewährt. Die Schlüpfrigkeit des Instrumentes ist dabei eine fast größere als bei Benutzung des echten Glyzerins. Ueber ein stärkeres Brennen oder andere unangenehme Empfindungen in der Harnröhre haben die Pat. selbst bei Verwendung des unverdünnten Perkaglyzerins nur ganz ausnahmsweise geklagt. Um jedes Brennen zu verhüten, verwende man entweder mit Wasser verdünntes Perkaglyzerin (zwei Teile Perkaglyzerin und einen Teil Wasser) oder die von Joseph angegebene Katheterpaste: Tragacanth. 3,0, Perkaglyzerin 20,0, Aqua dest. ad 100,0. Auch zum Konservieren von Kathetern und Gummischläuchen eignet sich das Perkaglyzerin vortrefflich; und in einer wässerigen Perkaglyzerinlösung lassen sich die Instrumente gut auskochen, ohne ihre Glätte und Weichheit einzubüßen. Bei Hautsprödigkeit, insbesondere bei aufgesprungenen Händen, wirkt das Perkaglyzerin genau wie Glyzerin. Sehr angenehm und wirksam ist die Anwendung als Perkaglyzerin-Honiggelée:

Pulv. Tragacanth	10,0
Aq. dest.	200,0
Perkaglyzerin	30,0
Spirit. vini conc.	10,0
Mel. depurat	7,0

Mit Perkaglyzerin angefertigte Haarwässer und Brillantine haben auf Farbe und Glanz der Haare keinen Nachteil ausgeübt; das trockene Haar wurde weich und nur leicht glänzend, dabei nicht unangenehm fettig und nicht pappig. Bei eigentlichen Hautaffektionen kann man das Perkaglyzerin zunächst als einfache Salbe verwenden: Unguentum Perkaglycerini: Amyli 2,0, Perkaglycerini 10,0, Aqua dest. 7,0. Bei Ekzemen der Lippen und bei Mammillarschrunden erzielt man rasche Heilerfolge bei Anwendung von Resorcin 0,1, Ungt. Perkaglyc. 10. Sehr gute Dienste hat Verf. das folgende Gemisch bei der Prurigobehandlung geleistet: Naphthol β 1,0—2,0, Amylum trit. 50,0, Perkaglycerini 100,0, Aqua dest., Aqua calcis

aā 20,0—30,0. Bei einzelnen Ekzemformen, bei denen flüssige, mit Glyzerin angemachte Puder zur Verwendung gelangen, zeigte auch das Perkaglyzerin dieselben Heileffekte und gleiche Dauerwirkung. Zum Schluß hebt Verf. noch hervor, daß er das Perkaglyzerin auch bei blennorhoischen und anderen Katarrhen der Vagina mit Erfolg verwendet hat.

Dr. **Paul Mayer** (Karlsbad), derzeit Landsturm-Oberarzt am Garnisonspital No. 6 in Olmütz: **Ueber therapeutische Erfahrungen mit „Perkaglyzerin Winkel"**. (Medizin. Klinik, 1916, No. 34.)

In erster Linie hat Verf. das Perkaglyzerin als rektales Abführmittel angewandt, und zwar sowohl möglichst konzentriert mittels einer kleinen 30 ccm fassenden Mastdarmspritze, als auch als Zusatz zu Wasserklistieren. Jegliche Reizung auf den Darm ist mit Sicherheit auszuschließen, wenn man das Perkaglyzerin zur Hälfte mit Wasser verdünnt einverleibt, und die Wirkung ist ausnahmslos eine ausgezeichnete. Von der mit Wasser verdünnten Perkaglyzerinlösung (1:1) genügen meist 10—15 ccm — mittels der kleinen Darmspritze dem auf der linken Seite mit angezogenen Knien liegenden Kranken langsam injiziert —, um ohne die geringsten Beschwerden eine ausgiebige Stuhlentleerung herbeizuführen, und bei hartnäckigerer Obstipation haben 20—25 ccm dieser Lösung stets zum Ziele geführt. Die Wirkung erfolgte meist nach etwa fünf bis zehn Minuten, zuweilen fast unmittelbar nach der Verabreichung des Klistiers und manchmal nach einer halben Stunde. Ebenso zufriedenstellend waren die Resultate bei Zusatz von Perkaglyzerin zu größeren mittels Irrigators verabfolgten Wasserklistieren. Und zwar zeigte sich der beste Effekt bei Zusatz von zwei Eßlöffeln Perkaglyzerin zu ¼ Liter lauwarmen Wassers. Allmählich ist Verf. auch dazu übergegangen, das Perkaglyzerin innerlich zu verabreichen. Der etwas bitterliche Eigengeschmack des Präparates ist absolut nicht hinderlich, da man das Mittel nur in größerer Verdünnung gibt, und der Geschmack auch durch entsprechende Zusätze vollständig verdeckt wird. Verf. hat es zunächst in kleinen Dosen, bei nicht bettlägerigen Leichtkranken angewandt, und zwar anfangs in 5 proz., später in 10 proz. Lösung. Da sich niemals irgendwelche störende Wirkungen zeigten, ist Verf. zu immer größeren Dosen übergegangen und hat schließlich pro die bis zu 1½ Liter der folgenden Mischung verabfolgt: Perkaglyzerin 100,0, Sirup. simpl. 200,0, Aqua dest. ad 1000,0, das heißt 150 g (!) Perkaglyzerin innerhalb 24 Stunden. Niemals wurden auch nur die geringsten nachteiligen Wirkungen beobachtet, und der Harn war stets frei von Eiweiß und Zucker. Da das Glyzerin öfter bei Nierensteinkranken angewandt wurde, hat M. auch das Perkaglyzerin bei zwei Fällen von Nephrolithiasis angewandt. Es hat sich nun zwar kein direkter Einfluß auf die Nierensteine konstatieren lassen, doch ergab sich dabei eine diuretische Wirkung des Perkaglyzerins. Die diuretische Wirkung des Präparates erklärt sich aus der Tatsache, daß der nach den großen Perkaglyzerindosen produzierte Harn stets alkalisch reagierte — während er vorher saure Reaktion hatte — und große Mengen von Alkalikarbonat enthielt, welche als die Ursache für die gesteigerte Diurese anzusprechen sind. Diese Karbonatausscheidung erscheint Verf. für die Frage der therapeutischen Verwendung des Perkaglyzerins von Bedeutung. Denn es ist einleuchtend, daß das Präparat in allen jenen Fällen indiziert ist, wo eine starke Alkaleszenz des Harns erwünscht ist. Hier kommt zunächst die harnsaure Diathese in Betracht. Vor allem aber möchte Verf. das Perkaglyzerin zur Bekämpfung der Azidosis bei schweren Diabetikern empfehlen, bei denen wir ja häufig sehr große Dosen Alkali verabfolgen müssen. Schließlich empfiehlt Verf. die innerliche Anwendung des Perkaglyzerins als antidiarrhoisches Mittel. Kr.

III. Tagesgeschichte.

Standesangelegenheiten, Medizinal-Gesetzgebung, soziale Medizin etc.

Berlin. Die Wissenschaftliche Deputation für das Medizinalwesen hat in der Frage der **ärztlichen Unterbrechung der Schwangerschaft** auf Grund der Gutachten der Geheimräte Bumm und Krohne folgende Leitsätze angenommen: „1. Der Arzt darf nur aus medizinischen Indikationen die Schwangerschaft unterbrechen. Die Indikation darf nur dann als vorliegend erachtet werden, wenn bei der betreffenden Person infolge einer bereits bestehenden Erkrankung eine als unvermeidlich erwiesene schwerste Gefahr für Leben und Gesundheit vorhanden ist, die durch kein anderes Mittel als durch Unterbrechung der Schwangerschaft abgewendet werden kann. 2. Der Arzt ist nicht berechtigt, die Unterbrechung aus sozialen oder rassehygienischen Gründen vorzunehmen. Er würde durch eine solche Handlung einen Verstoß gegen das Strafgesetzbuch begehen. 3. Es empfiehlt sich, eine Schwangerschaftsunterbrechung nur auf Grund einer Beratung mehrerer Aerzte vorzunehmen. 4. Für die durch Aerzte vorgenommene Unterbrechung der Schwangerschaft ist die Anzeigepflicht einzuführen."

Universitätsnachrichten, Personalnachrichten.

Berlin. Der berühmte Anatom der Berliner Hochschule, Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Wilhelm Waldeyer, der am 6. Oktober d. J. achtzig Jahre alt wurde, war aus diesem Anlaß Gegenstand großer Ehrungen. Vom Kaiser wurde ihm der erbliche Adel unter dem Namen v. Waldeyer-Hartz verliehen (v. Hartz ist der Familienname von Waldeyers Mutter). Die Deutsche Anthropologische Gesellschaft ernannte ihn zum Ehrenmitgliede. Herr v. Waldeyer-Hartz, der sich einer beneidenswerten geistigen und körperlichen Frische erfreut, gedenkt sein Lehramt am Ende des bevorstehenden Wintersemesters niederzulegen.

Breslau. Den Privatdozenten Dr. Hermann Küster (Geburtshilfe und Gynäkologie) und Dr. Walter Oettinger (Hygiene) wurde der Professortitel verliehen.

Königsberg i. Pr. Den Privatdozenten Dr. Hans Boit (Chirurgie), Dr. W. Frey (innere Medizin), Dr. Otto Klieneberger (Neurologie und Psychiatrie), Dr. Alfred Linck (Ohrenheilkunde) und Dr. Ernst Sachs (Geburtshilfe und Gynäkologie) ist der Professortitel verliehen worden.

Kiel. Dem Privatdozenten der Hygiene Dr. L. Bitter ist der Professortitel beigelegt worden.

Bonn. Den Privatdozenten Dr. R. Cords (Ophthalmologie) und Dr. W. Capelle (Chirurgie) ist der Professortitel verliehen worden.

Heidelberg. Am 3. Oktober d. J. starb, fast 74 Jahre alt, nach längerem Leiden Geheimrat Prof. Dr. Vincenz Czerny, der jahrzehntelang zu den Führern der deutschen Chirurgen gehört hat. Aus Trautenau in Böhmen gebürtig, hatte er in Prag und Wien studiert und sich nach erlangter Approbation unter dem Augenarzt Arlt, dem Dermatologen v. Hebra und dem Internisten v. Oppolzer weitergebildet. Schließlich wurde er 1868 Assistent des Chirurgen Billroth und war damit dauernd für die Chirurgie gewonnen. Er begleitete seinen Meister 1870 als freiwilliger Chirurg in den deutsch-französ. Krieg, habilitierte sich nach seiner Rückkehr in Wien, wurde aber bereits im folgenden Jahre als ordentlicher Professor der Chirurgie nach Freiburg i. Br. berufen, von wo er 1877 als Nachfolger G. Simons nach Heidelberg übersiedelte, dem er bis zu seinem Tode treu geblieben ist. Czerny hat sich in erster Linie um die Abdominalchirurgie große Verdienste erworben, aber auch das den Chirurgen der Universitäten sonst ferner liegende Gebiet der gynäkologischen Operationsmethoden durch wichtige Neuerungen gefördert. 1905 legte er sein Lehramt nieder, um sich fortan ausschließlich der Erforschung der Krebskrankheit zu widmen; er begründete zu diesem Zweck ein Institut und das zugehörige Samariterhaus zur Behandlung und Pflege von Krebskranken. Wegen dieser seiner Bestrebungen wurde Czerny, der seit 1903 badischer Wirklicher Geheimrat mit dem Titel Exzellenz war und 1908 durch die Wahl zum Vorsitzenden der internationalen Gesellschaft für Chirurgie geehrt wurde, 1910 zum Präsidenten der internationalen Vereinigung für Krebsforschung gewählt.

Gent. An der neuorganisierten vlämischen Universität ist der Antwerpener Arzt Dr. A. Claus zum ordentlichen Professor der Neurologie und Psychiatrie, der Arzt Dr. R. Speleers in Gent zum ordentlichen Professor der Augenheilkunde, Dr. E. van Bockstaele, Direktor des Sanatoriums in Geerartsbergen, zum ordentlichen Honorarprofessor der allgemeinen und praktischen Chirurgie ernannt worden.

London. Im Alter von 72 Jahren starb hierselbst Sir Lander Brunton, der sich als Pharmakologe und Internist einen Namen gemacht hat.

Verschiedenes.

Berlin. Unter der Firma **„Chemische Fabrik Grenzach Akt.-Ges.** wurde in Berlin unter Führung der Diskontogesellschaft eine Aktiengesellschaft mit einem Kapital von 3 Mill. Mark und einem Reservefonds von 300 000 M. gegründet, welche die in Grenzach (Baden) in der Nähe von Basel gelegene chemisch-pharmazeutische Fabrik von F. Hoffmann-La Roche in Basel erwirbt. Alle Rechte auf die Herstellung und den Vertrieb der von der früheren Firma in den Handel gebrachten Erzeugnisse, insonderheit der unter der Marke „Roche" bekannten Spezialpräparate wie Sedobrol, Pantopon, Digalen, Thiocol usw. nebst allen Patenten, Markenschutzrechten und Fabrikationsverfahren sind auf die neue Gesellschaft übergegangei. Es ist in Aussicht genommen, der Gesellschaft späterhin auch die Wiener Niederlassung der Firma Hoffmann-La Roche & Co. anzugliedern.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: San.-Rat Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil S. Caspari, Berlin-Schöneberg.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW. 68, Alexandrinenstraße 110.

85. Jahrgang **Berlin, 21. Oktober 1916** **No. 43**

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen,
Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Steinplatz 105 56

85. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W. 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Referate.

E. Kempf: Die Behandlung des Tetanus mit endoneuraler Seruminjektion. (Archiv f. klin. Chir., Bd. 106, H. 4.)

Ausgehend von der von Meyer und Ransom aufgestellten Lehre, daß das Tetanusgift durch die motorischen Nervenbahnen zu den entsprechenden Rückenmarks- resp. Gehirnzentren fortgeleitet werde, empfiehlt der Verfasser, bei Tetanus ausgehend von Verletzungen der oberen Extremitäten die Freilegung der motorischen Nervenstämme in der Regio axillaris und die endoneurale Injektion von 200—300 ccm A.-E. in zentraler Richtung resp. die Drainage der Nn. medianus, ulnaris und radialis mittels Metalldrains. Der Erfolg war bei seinen beiden Fällen glänzend. Adler (Berlin-Pankow).

Dr. **Ludwig Adolf Beeck** und Prof. Dr. **Rahel Hirsch** (Berlin): **Röntgentiefenstrahlentherapie in der Behandlung von Herz- und Gefäßkrankheiten.** (Medizin. Klinik, 1916, No. 33.)

In einer Reihe von Fällen, sowohl syphilitischen als auch in solchen rein arteriosklerotischen Ursprungs, besteht die Hauptklage der Kranken in dem intensiven Schmerzgefühl hinter dem Brustbein mit oder ohne Ausstrahlungen von Schmerzen nach der Schulter und dem linken Arm. Vielfach treten dabei typische Anfälle von Angina pectoris auf. Bei der Erkrankung der Aortenwurzel ist nach Stadler die Verengerung der Ostien der Coronararterien häufiger Sektionsbefund, so daß die Erscheinungen der Angina pectoris sich ohne weiteres erklären. Die Schmerzanfälle, verbunden mit dem qualvollen Gefühl der Todesangst, sind es, die den Kranken zum Arzte treiben. Oft genug versagt der ganze therapeutische Arzneimittelschatz, und alle diätetischen Vorschriften für Körper und Psyche vermögen wenig zu helfen. Derartige Fälle sind es gewesen, die die Verff. veranlaßt haben, ein neues Hilfsmittel zu erproben, um diesen Schwerleidenden zu helfen. Die von ihnen so behandelten Kranken sind ausschließlich nur solche mit organisch objektiv nachweisbarer Gefäßbezw. Herzmuskelerkrankung. Die Verff. haben ihre Erfahrungen unabhängig voneinander, jeder mit anderem Instrumentarium, gesammelt. Beeck arbeitet mit dem Instrumentarium der Sanitas, Rahel Hirsch mit dem Polyphos-Apparat. Was die Art der Behandlung anbetrifft, so haben beide in der Regel wöchentlich eine Bestrahlung vorgenommen, im ganzen durchschnittlich zwölf Bestrahlungen mit einer Pause von zwei bis drei Wochen nach der ersten Hälfte. Weiterhin haben sie dann alle drei bis vier Wochen eine Bestrahlung gemacht. Ort der Tiefenbestrahlung ist abwechselnd die Aorta und die ganze Herzgegend. Die Erfahrungen der Verff. erstrecken sich auf einen Zeitraum von 1½ Jahren und beziehen sich im ganzen nur auf zehn Kranke. Alle Patienten sind durch diese Behandlung frei von Beschwerden geworden. Kr.

W. Hausmann und **K. Landsteiner** (Wien): **Ueber das Vorkommen hämorrhagischer Nephritis bei Infektion mit Paratyphusbazillen A und B.** (Wiener medizin. Wochenschr., 1916, No. 33.)

Auf das Vorkommen von Nephroparatyphus hat Klieneberger aufmerksam gemacht. In zwei seiner Fälle wurden typische Paratyphusbazillen B, in einem ein diesem sehr nahestehender Bacillus der Hog-Choleragruppe als Erreger gefunden. Die Erkrankungen gingen nach längerer Zeit in Genesung aus. Die Verff. dieser Arbeit haben anläßlich der Diskussion zu einem Vortrage von Pulay einen Fall ihrer Beobachtung angeführt. Es fand sich bei der Obduktion hochgradige hämorrhagische parenchymatöse Nephritis vom Typus einer großen bunten Niere mit vereinzelten, sehr kleinen Abszessen der Nierenrinde und Pyelitis geringen Grades. Aus den Nieren und der Galle wurde B. paratyphi B reichlich ohne Beimengung anderer Keime kultiviert. Ueber einen Fall von zum Tode führender hämorrhagischer Nephritis berichtete vor kurzem Stephan. Seither hatten die Verff. Gelegenheit, die bakteriologischen Untersuchungen eines zweiten ähnlichen Falles auszuführen. In der Literatur fanden die Verff. nur einen Fall von Paratyphus A mit parenchymatöser Nephritis. Es ergibt sich demnach, daß unter den gegenwärtig vorkommenden akuten Nephritiden sich solche finden, die durch Paratyphusbazillen A und B hervorgerufen werden. Kr.

O. Wulff: Ueber solitäre, von Hämaturie begleitete Blutcysten in der Niere. (Archiv f. klin. Chir., Bd. 106, Heft 4.)

Verf. berichtet über zwei weitere Fälle der äußerst seltenen solitären Blutcysten in der Niere, die, was noch seltener ist, beide von Hämaturie begleitet und durch Nephrektomie geheilt wurden. Die Diagnose ist fast unmöglich, Ursache der Cystenbildung und der Hämaturie ist unbekannt.

Adler (Berlin-Pankow).

H. Courvoisier, Assistent der chir. Universitätsklinik in Bern: **Ueber den Einfluß von Jodthyreoglobulin und Thyreonukleoproteid auf den Stickstoffwechsel und das Blutbild von Myxödem und Basedow.** (Mitteil. aus d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., Bd. 29, H. 2.)

Verf. hat auf Veranlassung von Kocher die Wirkung von Jodthyreoglobulin und Thyreonukleoproteid auf den Stickstoffwechsel und das Blutbild von Myxödem und Basedow untersucht. Er hatte Gelegenheit, einen Fall von Myxödem mit Kretinismus und zwei Basedowfälle zu untersuchen. Verf. fand bei Myxödem folgendes: a) Unmittelbar nach Darreichung von Thyreonukleoproteid trat eine mäßige Stickstoffretention auf, und das Blutbild, welches schon für Myxödem typisch war, erlitt eine noch stärkere Abweichung von der Norm, als Ausdruck einer relativen Verschlimmerung des Zustandes.

b) Einige Tage nach Darreichung von Jodthyreoglobulin trat eine ziemlich starke und langdauernde Vermehrung der Stickstoffausscheidung, sowie eine auffällige Annäherung des Blutbildes an die Norm ein. c) Nach Darreichung eines Gemisches beider Präparate wirkten dieselben sukzessiv, es kam zuerst die unmittelbare Wirkung des Thyreonukleoproteides zum Vorschein, in Form einer starken Stickstoffretention, und kurze Zeit darauf diejenige des Jodthyreoglobulins, in Form einer stark vermehrten Stickstoffausscheidung. Das Blutbild zeigte gegenüber dem früheren eine weitere Besserung; die Blutuntersuchung wurde, wie es scheint, zu einer Zeit vorgenommen, wo nur noch die Jodthyreoglobulinwirkung sich bemerkbar machte. Bei Basedow fand Verf. folgendes: a) Nach Darreichung des Jodthyreoglobulins war eine deutliche Vermehrung der Stickstoffausscheidung zu konstatieren. Das für Basedow ziemlich typische Blutbild erlitt eine noch stärkere Abweichung von der Norm, als Zeichen der durch das Einnehmen des Präparates eingetretenen relativen Verschlimmerung des Zustandes. b) Unmittelbar nach Darreichung des Thyreonukleoproteids trat eine deutliche Stickstoffretention auf. Gegen Erwarten wies das Blutbild keine Besserung auf, sondern eine leichte Verschlimmerung.

Georges Peillon, Assistent der chir. Universitätsklinik in Bern: **Ueber den Einfluß parenteral einverleibter Schilddrüsenpräparate auf den Stickstoffwechsel und das Blutbild Myxödemkranker.** (Mitteil. aus d. Grenzgebieten d. Med. u. Chir., Bd. 29, H. 2.)

Zahlreiche Mitteilungen über den Stickstoffwechsel Mixödemkranker bei Darreichung von Schilddrüsenpräparaten per os liegen vor. Fonio zum Beispiel hat solche Versuche angestellt. Er verwendete Basedow-Struma- und Kolloidstrumapräparate und bekam recht deutliche Schwankungen der Stickstoffbilanz bei seinen beiden Versuchspersonen. Seine Resultate stimmen mit den anderen der Literatur gut überein, wie aus seinem Vergleich mit letzterer zu ersehen ist. Weitere ähnliche Experimente wurden dann von Frey, Courvoisier, Lanz ausgeführt. Auf Anregung von Prof. Kocher verfolgte Verf. den Stickstoffwechsel Myxödemkranker, um den Einfluß parenteral eingeführter Schilddrüsenpräparate zu studieren. In Uebereinstimmung zu den Resultaten bei enteraler Darreichung von Schilddrüsenpräparaten bei Myxödemkranken bekommen wir bei parenteraler Darreichung ähnlicher Präparate eine deutliche Wirkung auf den Stickstoffwechsel, im Sinne einer Erhöhung der Stickstoffausscheidung. Es besteht ein gewisser Parallelismus zwischen Jodgehalt und Wirkung der Präparate, indem einem erhöhten Jodgehalt eine erhöhte Stickstoffmehrausscheidung entspricht. Bei gleichem Jodgehalt sind die Reaktionen nach parenteraler Darreichung viel stärker als bei enteraler Darreichung. Das Blut zeigt gewöhnlich bei deutlichen Reaktionen des Stoffwechsels eine Annäherung an das normale Bild: es nehmen die Leukozyten absolut zu, die Lymphozyten prozentisch ab.

Privatdozent Dr. **Martin Jastram**, Assist. d. chirurg. Klinik in Königsberg: **Ueber das Blutbild bei Strumen und seine operative Beeinflussung.** (Mitteil. aus den Grenzgebieten d. Med. u. Chir., Bd. 29, H. 2.)

Seitdem bekannt geworden ist, daß eine wahllose und unzweckmäßig indizierte Therapie der Schilddrüsenerkrankungen, sei sie eine interne oder chirurgische, schwere Verschlimmerungen des Leidens hervorzurufen imstande ist, hat man sich bemüht, die verschiedensten diagnostischen Hilfsmittel auszubilden, um die jeweilige Form der einzelnen Erkrankungen festzustellen. Die morphologische Blutuntersuchung ist nach Verf. ein wertvolles diagnostisches Hilfsmittel zur Erkennung des Hyperthyreoidismus. Bei Kropfträgern findet sich eine Lymphozytose, die im allgemeinen den Beschwerden (auch mechanischer Art) parallel zu gehen pflegt. Bei allen Kröpfen (ausgenommen die Fälle von klassischem Basedow) wird durch die Operation ein Rückgang der Lymphozytose nicht bewirkt, trotz vorhandener klinischer Besserung. Beim klassischen Basedow geht die Lymphozytose nach der Operation um ein geringes zurück. Rezidive zeigen sich durch Steigerung der Lymphozytose an.

Dr. **Julius Löwy**, Assistent der Deutschen med. Universitätsklinik in Prag: **Ueber die reduzierenden Substanzen des Liquor cerebrospinalis.** (Zeitschr. f. klin. Medizin, Bd. 83, Heft 3 u. 4.)

Zusammenfassung: Der Zuckergehalt des Blutes ist bei demselben Patienten immer höher als der Zuckergehalt der Lumbalflüssigkeit. Bei chronischen Erkrankungen des Zentralnervensystems schwankt der Zuckerwert zwischen 0,08 bis 0,10 Proz. Bei entzündlichen Erkrankungen der Meningen und des zentralen Nervensystems können die vorhandenen reduzierenden Substanzen nicht ausschließlich als Ausdruck eines Transsudationsprozesses vom Blute her gedeutet werden; ein Teil des vorhandenen Zuckers ist wahrscheinlich direkt auf entzündliche Prozesse im Zentralnervensystem zurückzuführen. Bei starker Hyperglykämie ist auch der Zuckergehalt des Liquor cerebrospinalis erhöht. Azeton und Azetessigsäure gehen in den Liquor cerebrospinalis über. Ein glykolytischer Prozeß ist im Liquor cerebrospinalis nicht nachweisbar.

Prof. Dr. **Linser** (Tübingen): **Ueber die konservative Behandlung der Varicen.** (Medizin. Klinik, 1916, No. 34.)

Die praktische Erfahrung hat gelehrt, daß Spontanheilungen eintreten, wenn nach einer Venenentzündung in dem ektasierten Gebiet eine solide Thrombose hinterbleibt, die zur Verödung der erkrankten Vene führt. Dasselbe auf künstlichem Wege herbeizuführen, ist durchaus nicht schwer. Das zweckmäßigste Vorgehen ist hier zweifellos das, mittels Einspritzung einer Sublimatlösung eine solide Thrombosierung der Varicen herbeizuführen. Die Methode ist äußerst einfach zu handhaben. Die Wirkung versagt so gut wie nie. Es kann vorkommen, daß bei besonders großen Varicen auf eine Einspritzung nicht gleich eine dauerhafte, genügende Thrombose eintritt. Dann erfolgt dies bei der Wiederholung. Sonst kann man aber mit Sicherheit auf den Erfolg rechnen, daß eine Einspritzung nach dieser Methode eine dauerhafte Thrombose des injizierten Venenteiles herbeiführt und man braucht nur fortschreitend in der gleichen Weise die weiteren Varicen in Behandlung zu nehmen, um zu einem sicheren Erfolg, zu dauernder Heilung derselben zu gelangen. Die Methode besteht in der Einspritzung einer 1 proz. Sublimatlösung in die Venen mit einer ganz feinen Kanüle, die das Zurückfließen der Lösung ins umgebende Gewebe beim Zurückziehen der Nadel verhindert. Dies wie das Einspritzen der Sublimatlösung außerhalb des Gefäßlumens muß wegen der Gefahr der Nekrose und wegen der dann auftretenden Schmerzhaftigkeit vermieden werden. Es ist aber keine Kunst, bei den meist stark erweiterten Venen das Lumen zu treffen, besonders da man in der Aspiration von Blut mit der Spitze eine Kontrolle hat. Verf. spritzt 1—2 ccm dieser 1 proz. Sublimatlösung ein, wobei der Pat. steht, so daß die Vene möglichst gespannt und gefüllt ist. Die alsbald eintretende Gerinnung läßt sich meist bald fühlen. Schmerzhaftigkeit ist bei richtiger Ausführung ausgeschlossen. Das Merkwürdige ist, daß die so Behandelten nicht zu liegen brauchen. Verf. hat seine Pat. fast ausnahmslos ambulant behandelt. Eine strengere Probe der Thrombusfestigkeit kann es nicht geben, als dieses Verfahren, bei dem die Injizierten fast ausnahmslos ambulant behandelt und nach der Behandlung wieder meist ohne Unterbrechung ihrer Arbeit nachgingen.

Dr. **Spiegel**, Oberarzt d. Chir. Abt. d. Städt. Krankenhauses Berlin-Lichtenberg: **Zur Frage der Wundbehandlung, insbesondere der Ueberhäutung großer Wundflächen.** (Mediz. Klinik, 1916, No. 35.)

Verf. bespricht aus der großen Zahl von Mitteln, welche zur Anregung der Ueberhäutung großer Wundflächen dienen, einige der gebräuchlichsten. An erster Stelle nennt er den Höllensteinstift, dann das Jodoform, weiter das Leukozon, die Scharlachrotsalbe, die Pellidolsalbe und die Wintersche Combustinsalbe. Die Wintersche Combustinsalbe macht es sich zur Aufgabe, durch Kombination einer Reihe von erprobten Wundheilmitteln die Nachteile aller vorgenannten Mittel zu vermeiden. Sie hat folgende Zusammensetzung: Alaun-, Wismut- und Zinkverbindungen 24 Proz., Perubalsam 0,9 Proz., Borsäure 0,1 Proz., Amylum 25 Proz., gewachste gelbe Vaseline 50 Proz. Wir finden also eine Reihe von seit altersher in der Wundbehandlung bekannten und bewährten Stoffen, deren Wirkungen sich ergänzen sollen, in ihr vereinigt. Die Zusammensetzung der Combustinsalbe ist nach Verf. so glücklich gewählt, daß sie gegenüber den obengenannten große Vorteile bietet. Die Epithelisierung geht bei sachgemäßer Anwendung auffällig rasch von statten und zeichnet sich gegenüber anderen Salben dadurch aus, daß nicht nur vom Rande aus sich Epithelhalbinseln auf die Wundfläche schieben, sondern bei oberflächlichen Verletzungen, besonders Aetz- oder Brandwunden ersten bis zweiten Grades, auch in der Mitte der Wundfläche schnell fortschreitende Epithelinseln entstehen. Bei der Behandlung verfährt Verf. wie folgt: Die Wundfläche wird nach Abnahme des Verbandes mit steriler physiologischer Kochsalzlösung und 3 proz. Wasserstoffsuperoxydlösung abgespült, der Schaum vorsichtig abgetupft. Jede Reizung der Granulationen, die leicht Bluten verursacht, wird vermieden. Dann wird Tupfermull, in welchen in Entfernung von 6 bis 8 cm kleine Fenster geschnitten werden, dünn mit Salbe bestrichen und hiermit die Wundfläche bedeckt. Die Salbe überragt den Wundrand um 1—2 cm. Die Wundfisteln bleiben frei, sie werden drainiert oder mit einem feuchten Tupfer ganz locker tamponiert. In schweren Fällen hat Verf. sich zur Förderung der Ueberhäutung auch noch anderer Hilfsmittel, nämlich der Seifen- bezw. Salzbäder und der Behandlung mit trockener Wärme, Lichtbügel und Heißluft (Fön) bedient. Alle erfüllen denselben Zweck, den der Erzeugung von Hyperämie.

Dr. **Engelbert Crone**, Assistenzarzt der chir. Klinik Freiburg i. Br.: **Der Beckengipsverband bei Oberschenkelschußbrüchen.** (Zentralbl. f. Chir., 1916, No. 28.)

Die Anlegung eines wirklich guten Beckengipsverbandes, besonders eines Gehverbandes, bietet bei diesen schwer ver-

letzten und häufig stark geschwächten Kranken nicht geringe Schwierigkeiten. Die verschiedenartige Dislokation der Fragmente, vor allem die Verkürzung des Oberschenkels, muß im Verbande möglichst ausgeglichen werden. Der Verband muß also in stärkster Extension des Beines angelegt sein. Andernfalls erzielt man keine guten Resultate, sondern erhält die starke Verkürzung, wie man sie leider gerade bei den mit Gipsverbänden behandelten Oberschenkelverletzten häufig sieht. Nicht der Verband, sondern die falsche Anlegung desselben trägt hier die Schuld, weil so vielen Aerzten nicht die genügenden Hilfsmittel zur Verfügung stehen. Verf. möchte daher auf den orthopädischen Tisch von Prof. Ferdinand Schultze hinweisen, auf dem jeder, auch der weniger Geübte, mit Leichtigkeit einen vorzüglichen Beckengipsverband in stärkster Extension anlegen kann. Außer dem Extensions- und Lagerungsapparat für Beckengipsverbände läßt sich an diesem Tisch ein verschiedenartiges Armamentarium anbringen, z. B. die Klump- und Plattfußosteoklasten, der Beckenfixator zur Behandlung der kongenitalen Hüftluxationen usw., die alle von Schultze angegeben und die besten Hilfsmittel bei der Behandlung der betreffenden Krankheiten sind. Das Lagerungsbänkchen gestattet dem Kranken ein bequemes, ruhiges Liegen. Während Anlegung des Gipsverbandes wird dasselbe zurückgeschoben, und der Pat. ruht mit dem Kreuz auf einem breiten, festangespannten Beckengurt, der anfangs mit eingewickelt, nach Erhärtung des Verbandes aber nach oben herausgezogen wird. Die gleichzeitige Extension der Beine wird durch zwei Ausleger mit Extensionsschlössern erreicht, die um einen Drehpunkt, genau dem Hüftgelenk entsprechend, zu verstellen und in jeder beliebigen Ab- und Adduktionsstellung zu fixieren sind.

Stabsarzt d. L. Dr. **Alfred Peiser**, Chirurg in Posen: **Die Fascienspaltung als erhaltendes Prinzip in der Kriegschirurgie.** (Medizin. Klinik, 1916, No. 33.)

Aus unserer Friedenserfahrung wissen wir, welche Bedeutung für das Zustandekommen der Wundinfektion die Druckverhältnisse im Gewebe haben. Wir kennen weiter die Bedeutung der Retention des Wundsekrets in infizierten Wunden. Wir treten der Wundinfektion am sichersten entgegen durch Sorge für Druckentlastung und freien Abfluß. Welches Gewebe aber stände dem Ausgleich erhöhten Druckes und dem Abfluß des Wundsekrets stärker hindernd im Wege als eine den Wundkanal abschließende straffe Fascie? Die Fascie ist also der Feind in der ersten Zeit, in der sich das Schicksal der Verletzung entscheidet. Die frühzeitige Fascienspaltung bereitet den Weg zur Heilung, sie muß die Grundlage unserer chirurgischen Wundversorgung bilden. In welchen Fällen ist die Fascienspaltung angezeigt? Ueberall da, wo der klinische Befund, besonders bei kleiner Außenwunde, den Verdacht auf gröbere Veränderungen oder Verletzungen in der Tiefe aufkommen läßt (Schwellung, starker Druckschmerz, Pulsbeschleunigung, Fieber), müssen durch frühzeitige Fascienspaltung die fraglichen Verhältnisse geklärt werden. Man wird einwenden, daß die Fascienspaltungen ja schon immer geübt werden. Was Verf. aber erstrebt, ist, daß die Fascie nicht gespalten wird, weil man auf dem Wege in die Tiefe auf sie stößt, sondern daß es geschieht im vollen Bewußtsein der therapeutischen Wirkung. Verf. möchte, daß die Fascienspaltung als ein allgemein-chirurgisches Prinzip in der Kriegschirurgie anerkannt wird, wie die Duraspaltung in der Hirnchirurgie, und dementsprechend frühzeitig geübt wird. Erst dann wird sie das leisten, was sie leisten kann, nämlich viele schwere Infektionen verhüten und manche Amputation ersparen. Erst dann wird sie wirklich zum erhaltenden Prinzip in der Kriegschirurgie.

Reg.-Arzt der Res. Dr. **Carl Gütig**, Chefchirurg einer Divisions-Sanitätsanstalt: **Zur Behandlung der Bauchschüsse in der vorderen Linie.** (Medizin. Klinik, 1916, No. 34.)

Während der Chirurg in der vorderen Linie sich im Positionskriege bei der Behandlung der vereinzelten Bauchschüsse mehr oder weniger den Friedensverhältnissen anpassen kann, wird er beim Bewegungskriege durch die große Zahl der Bauchverletzten und oft durch die äußeren ungünstigen Verhältnisse genötigt, seinen Standpunkt derart zu verschieben, daß er den jeweiligen Umständen entsprechend, durch zweckmäßige Auswahl der operativ resp. expektativ zu behandelnden Fälle einen möglichst großen Prozentsatz der Verwundeten der Heilung zuführt. Diese Tatsache, daß eine beträchtliche Zahl von Schüssen in der Bauchgegend als nicht dringend operationsbedürftig erscheint und auch de facto ohne Operation zum großen Teil durchkommt, darf nicht in Statistiken dazu verwendet werden, um die nach wie vor feststehende Anschauung zu verschleiern, daß Darmverletzte fast ausnahmslos Todeskandidaten sind, von denen nur das Messer der Chirurgen eine Reihe am Leben erhalten kann. Die Diagnose „Darmverletzung" stößt nur ausnahmsweise auf Schwierigkeiten. Die Probelaparotomie der wenigen unklaren Fälle ist im Bewegungskriege unter den geschilderten Verhältnissen in den meisten Fällen zu unterlassen. Zu operieren sind nur die Verwundeten, bei denen neben der sicheren Diagnose der Darmverletzung oder starken Blutung auch der Zustand des Herzens die Aussicht auf Erfolg nicht unwahrscheinlich macht. Solche Kranken können im Notfalle, ohne Schaden zu nehmen, auf weitere Strecken transportiert werden. Schnelles Vorrücken der Truppen auf grundlosen Wegen, armselige Unterkünfte in verbrannten Dörfern, großer Verwundetenzuschub aus der eigenen Linie und zahlreiche, meist schwerverwundete Zurückgebliebene von seiten des Feindes setzen der Tätigkeit des Chirurgen ebenso eine Grenze wie die durch die Labilität der Gefechtslinie bedingte häufige Ortsveränderung der vorderen Anstalten. Es ist selbstverständlich, daß sich die Verhältnisse dort ändern, wo gut erhaltene Straßen es ermöglichen, einen Teil der Schwerverwundeten in Automobilen in kurzer Zeit in weiter rückwärts gelegene Anstalten zu schaffen, für die auch beim Vormarsche eine gewisse Stabilität vorgesehen ist. Kr.

E. **Schepelmann: Klinische Erfahrungen mit meiner Methode der plastischen Ascitesdrainage.** (Archiv f. klin. Chirurgie, Bd. 106, H. 4.)

Bei Störungen des Abflusses des Blutes der V. portae in die V. cava, also bei der Lebercirrhose, aber auch bei Stauungsleber, Lebersyphilis, Tumoren der Pforte, nicht aber bei den entzündlichen Formen der Bauchwassersucht, bei der tuberkulösen und karzinomatösen und bei allgemeiner Stauung im Körperkreislauf empfiehlt der Verf. folgende Methode: Bildung eines zungenförmigen Hautfettlappens beiderseits vom Nabel, dessen Basis schräg von innen oben nach außen unten verläuft, Spaltung von Aponeurose, Muskeln und Peritoneum in physiologischer Weise, langsames Ablassen des Ascites. Einführen einer besonders präparierten Kalbsaorta etwa 1½ Querfinger weit und Umsäumung mit Peritoneum. Das übrige Rohr wird schräg nach unten innen durch Muskulatur und Aponeurose geleitet und mit ihnen durch einige Katgutknopfnähte verknüpft. Das verjüngte Ende der Aorta kommt in das subkutane Fett unterhalb des Schnittes zu liegen, damit dieser nicht beim Auftreten des Oedems dehiszieren kann. Der Verf. ist mit den Erfolgen sehr zufrieden.

E. **Kisch: Ueber eine Behandlung der chirurgischen Tuberkulose in der Ebene.** (Arch. f. klin. Chirurgie, Bd. 106, H. 4.)

Durch die systematische Anwendung der Heliotherapie, wobei wir uns aber genügend weit von dem Getriebe der Großstadt fernhalten müssen, weil nach des Verfs. Meinung die Sonnenstrahlenintensität von der Staubfreiheit der Luft abhängt, kombiniert mit der gleichzeitigen Sorge für aktive und passive Bewegungen der erkrankten Gelenke unter Einwirkung der Bierschen Stauungsbinde, sind wir imstande, Pat. mit chirurgischer Tuberkulose auch hier bei uns in der Tiefebene, d. h. an Ort und Stelle, wo sie erkrankt sind, wieder zu heilen, und zwar unter normaler Funktion der erkrankten Gelenke. Die Bestrahlung beginnt mit vorsichtiger Dosierung, die Staubinde wird 3 mal täglich 3—4 Stunden mit je 1 Stunde Pause angelegt. Außerdem erhalten die Pat. Jodnatrium in Dosen von 0,5—3,25 g pro die. Die Erfolge sind ausgezeichnet.

Adler (Berlin-Pankow).

Herm. Küttner, Marine-Generalarzt à la suite, berat. Chirurg im Felde: **Die spontane infektiöse Gangrän des Penis und Skrotums bei Kriegsteilnehmern.** (Berl. klin. Wochenschr., 1916, No. 33.)

Verf. möchte zur Beantwortung der Frage auffordern, ob die in Friedenszeiten so außerordentlich seltene sogenannte Spontangangrän des Penis und Skrotums vielleicht im Kriege häufiger vorkommt. Verf. selbst hat sie innerhalb weniger Monate zweimal bei Soldaten gesehen, und unsere erste Kenntnis des Leidens stammt aus kriegerischen Zeiten. Beide Fälle des Verfassers verliefen trotz der anfänglichen Schwere des septischen Krankheitsbildes günstig. Der günstige Ausgang ist durchaus nicht etwa die Regel. Der Symptomenkomplex ist ein geradezu schreckenerregender: man findet einen vor wenigen Tagen noch ganz gesunden Mann in soporösem Zustande mit höchstem, oft von Schüttelfrösten begleitetem Fieber, die Genitalien sind enorm geschwollen und zerfallen jauchig unter furchtbarem Gestank, ein Bild, wie es eigentlich nur bei der Noma in gleicher Furchtbarkeit gesehen wird. Meist beschränkt sich die Gangrän auf das Integument, doch kommen Fälle vor, in denen auch Hoden, Nebenhoden, Samenstränge, die angrenzende Haut des Rumpfes und der Oberschenkel, die Corpora cavernosa des Penis und der Urethra der Gangrän anheimfallen. Die Aetiologie scheint keine einheitliche zu sein. In einem Teil der Fälle handelt es sich mit Bestimmtheit um gangränöse Erysipele. In anderen Fällen spielen Mischinfektionen, vor allem auch anaerobe Bakterien eine Rolle. Es liegt der Gedanke nahe, daß bei Soldaten ein ursächliches Erysipel von einer Intertrigo oder einer durch Wundscheuern entstandenen Exkoriation seinen Ausgang nehmen könnte. Therapeutisch kommen im Frühstadium vor Ausbildung der Gangrän ausgiebige Spaltungen zur Entlastung des Gewebes und Entleerung des infektiösen Materials in Frage. Die nach

Abstoßung der brandigen Partien zurückbleibenden Granulationsflächen pflegen sich überraschend schnell zu überhäuten, so daß bisweilen jede Plastik unnötig wird. Kr.

J. Kumaris: Milzdermoid und Wandermilz. (Archiv f. klin. Chir., Bd. 106, Heft 4.)

Verf. beschreibt einen bis jetzt wohl einzig dastehenden Fall von Wandermilz kombiniert mit Milzdermoid, der durch Einnähen der Cyste in die Bauchwand — sie konnte wegen starker Verwachsung mit der Umgebung nicht entfernt werden — geheilt wurde.

O. Kleinschmidt: Experimentelle Untersuchungen über Luftembolie. (Archiv f. klin. Chir., Bd. 106, H. 4.)

Die Ursache der Luftembolie, die hauptsächlich an den großen Halsvenen in der Nähe der oberen Thoraxapertur, in weiter entfernt liegenden Gefäßen nur unter besonderen Verhältnissen (Herabsetzung des Blutdruckes oder starke Blutverluste) auftritt, liegt in den Veränderungen der Zirkulation innerhalb des Brustkorbes bei den verschiedenen Phasen der Atmung. Diese Veränderungen können durch Lagerung unwirksam gemacht werden. Die Schwere der Erscheinungen richtet sich nach dem eingetretenen Luftquantum. Ist das Luftquantum klein, so kann durch kurzdauerndes Aufrichten in sitzende Lage das Entweichen der Luft beschleunigt werden; sind die Mengen größer, so muß eine Horizontallage oder Beckenhochlage eingenommen werden. Das Aufrichten in sitzende Stellung bietet große Gefahren und darf höchstens für Momente stattfinden. Der Tod erfolgt durch die teilweise Füllung des rechten Herzens mit Luft, die eine genügende Zirkulation in den ebenfalls teilweise mit Luft gefüllten Lungenarterien nicht gestattet. Eine wirksame Therapie kann demnach nur in einer Punktion des rechten Ventrikels, d. h. in einer Entlastung des rechten Ventrikels, bestehen. Adler (Berlin-Pankow).

II. Bücherschau.

Das Quarzlicht und seine Anwendung in der Medizin. Von Dr. med. **F. Thedering**, Spezialarzt für Hautkrankheiten und Strahlenbehandlung. Oldenburg 1916, Druck und Verlag von Gerhard Stalling. 128 S.

Durch seine Verwendung als künstliche Heliotherapie zum Ersatz natürlicher Höhensonne hat das Quarzlicht eine weit über den Rahmen der Dermatologie herausreichende Bedeutung für die allgemeine Medizin erlangt. Da die Arbeiten über dies Spezialgebiet in Fachzeitschriften zerstreut dem praktischen Arzt weniger zugänglich sind, war eine zusammenfassende Darstellung dieses Kapitels der Therapie sehr erwünscht. Eine solche liegt in vorliegender Monographie vor. Im ersten Teil schildert der Verfasser die wissenschaftlichen Grundlagen und die technische Gestaltung der Quarzlichtbehandlung, im zweiten speziellen Teil wird die Anwendung der Quarzlichtstrahlung auf einzelne Krankheitsgruppen, neben einer Reihe von Hautkrankheiten vor allem Tuberkulose, Skrofulose und Anämie, eingehender besprochen. In diesem zweiten Teil stützt sich Verfasser wesentlich auf seine eigenen ausgedehnten Beobachtungen, unter Berücksichtigung der in der Literatur niedergelegten Erfahrungen anderer Radiologen. Vers. zeigt sich überall als objektiver Kritiker; er stellt keineswegs das Quarzlicht als Panacee hin, sondern betont durchweg die Grenzen seiner Wirksamkeit, und bespricht auch die anderen, im Einzelfall als wirksam befundenen Heilfaktoren, wie z. B. die Röntgentherapie, die Finsenbehandlung, die natürliche Sonnenbestrahlung usw. — So können wir das Buch allen Kollegen, die von der Quarzlichtbehandlung in geeigneten Fällen Gebrauch zu machen gedenken, als recht brauchbare Einführung in dies Gebiet durchaus empfohlen. Die ausführliche Literaturzusammenstellung am Schluß wird allen Kollegen willkommen sein, die sich theoretisch eingehender mit dem Gebiet beschäftigen wollen. R. L.

III. Tagesgeschichte.

Standesangelegenheiten, Medizinal-Gesetzgebung, soziale Medizin etc.

Berlin. Das Zentralkomitee für das ärztliche Fortbildungswesen in Preußen veranstaltet unter Förderung der Medizinalabteilung des Kriegsministeriums im Laufe der Monate November und Dezember im Kaiserin-Friedrich-Hause eine Vortragsfolge über **militärärztliche Sachverständigentätigkeit** auf dem Gebiete des Ersatzwesens und der militärischen Versorgung.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Folgende Kollegen sind neuerlich durch die Verleihung des **Eisernen Kreuzes I. Klasse** ausgezeichnet worden: Prof. Dr. Hans v. Baeyer (München), Stabsarzt d. R. Dr. Braun (Weida), Assistenzarzt d. R. Dr. Max Brommer (Erlangen), Oberstabsarzt Prof. Dr. Carl Franz, Dr. Arnold Fuchs (Breslau), Oberstabsarzt Dr. Gaertner (Karlsruhe), Oberstabsarzt Dr. Haugg, Stabsarzt Dr. Th. Holm (Röhlinghausen), Oberstabsarzt d. Ldw. Sanitätsrat Dr. Jahn (Wriezen), Oberstabsarzt Dr. Jemius (Bonn), Oberstabsarzt Dr. Kloberg (Leipzig-Lindenau), Dr. Lorenz (Breslau), ordentl. Prof. der Hygiene in Tübingen Oberstabsarzt Dr. Wolf.

— Geh. Obermedizinalrat Prof. Dr. v. Waldeyer-Hartz ist zum Ehrenmitglied der Cölner Akademie für praktische Medizin ernannt worden. — Die Kaiserlich Leopoldinisch-Karolinische Akademie der Naturforscher in Halle a. Saale verlieh ihm aus Anlaß seines 80. Geburtstages die goldene Cothenius-Medaille.

— Mit der Vertretung des im Heeresdienst tätigen Geheimrat Prof. His in der Leitung der I. medizinischen Universitätsklinik ist der Privatdozent Prof. Dr. Paul Fleischmann beauftragt worden.

Altona. Als Nachfolger des Prof. Dr. G. v. Bergmann, der in Marburg das Ordinariat der inneren Medizin übernommen hat, ist Prof. Dr. Leopold Lichtwitz, bisher Privatdozent und Oberarzt an der medizinischen Universitätsklinik in Göttingen, zum Direktor der inneren Abteilung des hiesigen städtischen Krankenhauses gewählt worden.

Frankfurt a. M. Als Nachfolger von Paul Ehrlich wird dem Vernehmen nach Prof. Dr. Kolle, zurzeit Direktor des Instituts für Hygiene und Bakteriologie an der Universität in Bern, zum Direktor des Königl. Instituts für experimentelle Therapie und des Georg-Speyer-Hauses ernannt werden. Als stellvertretende Direktoren sind für ersteres der langjährige Mitarbeiter von Ehrlich Prof. Sachs (Frankfurt a. Main), für letzteres Prof. Morgenroth, Abteilungsvorst. am Pathologischen Institut der Charité in Berlin, in Aussicht genommen.

Leipzig. Prof. Dr. Oskar Roemer, bisher Extraordinarius der Zahnheilkunde in Straßburg, ist zum außerordentlichen Professor und Direktor des zahnärztlichen Instituts an der hiesigen Universität ernannt worden. Er wird als solcher Nachfolger des im Felde gebliebenen Prof. Dr. Dependorf.

Wien. Als Nachfolger des nach Ablauf des Ehrenjahres in den Ruhestand tretenden Hofrats Prof. Dr. Anton Weichselbaum ist Hofrat Prof. Dr. Alexander Kolisko, bisher Ordinarius der gerichtlichen Medizin, zum ordentlichen Professor der pathologischen Anatomie ernannt worden.

Prag. Der außerordentliche Professor der speziellen medizinischen Pathologie und Therapie an der deutschen Universität Dr. Jakob Singer erhielt den Titel und Charakter eines ordentlichen Universitätsprofessors.

Paris. Der hervorragende Psychiater Prof. Magnan ist im Alter von 80 Jahren gestorben.

Verschiedenes.

Berlin. Die **Prüfstelle für Ersatzglieder** des Vereins deutscher Ingenieure in Charlottenburg, Fraunhoferstraße 11-12, kann nunmehr auf eine halbjährige Tätigkeit zurückblicken. Sie hat in dem verflossenen Zeitraum in der von ihr eingerichteten Werkstatt die ihr bisher eingesandten Ersatzglieder, d. h. Arme, Gebrauchshände, Beine und Ansatzstücke, am lebenden Menschen, und zwar an geübten, vollständig geheilten, schmerzfreien, in ihrem Beruf geschickten und arbeitswilligen Facharbeitern, durch ihren technischen Beamtenstab prüfen lassen. Sie hat 16 Arme in ununterbrochener Ueberwachung der mit dem Ersatzarm versehenen Arbeiter bei der Arbeitsausführung durchprüfen lassen und hatte Ende August noch 19 weitere Arme in Prüfung. Außerdem wurden drei Gebrauchshände und vier künstliche Beine geprüft, während über fünf weitere die Prüfung noch nicht abgeschlossen ist. Dazu treten eine Anzahl von Ersatzstücken, wie Greifwerkzeuge, Arbeitsklauen, sowie sog. Radialisschienen. Außer rein werkstattlichen Untersuchungen werden von der Prüfstelle auch von außerhalb eingehende schriftliche Anträge von Erfindern bearbeitet, denen nicht die genügenden Mittel zur Verfügung stehen, Modelle anzufertigen, die aber der Meinung sind, einen besonderen Gedanken zur Kenntnis der Allgemeinheit bringen zu sollen. Zu diesen Arbeiten des Prüfungsamtes sind in letzter Zeit noch einige weitere getreten. Das Sanitätsamt des Gardekorps hat der Prüfstelle die Aufgabe zugewiesen, alle Amputierten aus den dem Sanitätsamt unterstellten Lazaretten vor der Beschaffung von Ersatzgliedern bei der Wahl der für ihren Beruf und den Grad der Amputation geeigneten Ersatzglieder zu beraten. Es wurden innerhalb des halben Jahres 345 Amputierte beraten. Ebenso hat das Reichsamt des Innern die Prüfstelle mit der Bearbeitung von Normalien für die Befestigung der Ansatzstücke an dem Ersatzarm betraut, welche große und schwierige Arbeit schon heute in vollem Umfang geglückt ist.

Warschau. Die dem Stadtrat angehörenden Aerzte und der Magistrat der Stadt Warschau planen die Bildung einer **Delegation für öffentliche Gesundheitspflege** nach dem Muster der bereits errichteten Lebensmitteldelegation. Sie soll sich aus den dem Magistrat und dem Stadtrat angehörenden Aerzten und den Delegierten der interessierten Institute zusammensetzen. Zu den Pflichten der Delegation wird die Obsorge über Spitals- und sanitäre Angelegenheiten der Stadt, die Bearbeitung notwendiger Entwürfe, deren Vertretung im Stadtrat und in der Stadtverwaltung, schließlich die Kontrolle dieser Institute gehören.

85. Jahrgang **Berlin, 28. Oktober 1916** **No. 44**

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Steinplatz 105 56

85. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W. 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Referate.

Dr. **K. Fahrenkamp**, Assistent der med. Klinik Heidelberg: **Klinische und elektrographische Untersuchungen über die Einwirkung der Digitalis und des Strophanthins auf das insuffiziente Herz.** (Deutsches Arch. f. klin. Medizin, Bd. 120, Heft 1.)

Bekanntlich ist der dauernd und völlig unregelmäßige Puls eine häufige Begleiterscheinung des schwer dekompensierten Herzens, und sein Vorhandensein läßt den Arzt am Krankenbett oft auf eine besonders schnelle und gute Wirkung der Digitalis- oder Strophanthindarreichung hoffen. Die vorliegende Untersuchung behandelt die Fragestellung nach der Wirkungsweise der Digitalis und des Strophanthins am insuffizienten Herzen mit regelwidriger Schlagfolge. Die elektrographische Untersuchung der Rhythmusstörungen ermöglicht, wie keine der bisher üblichen Methoden, in einfacher Weise eine sichere Diagnose über die Art einer bestehenden Anomalie der Schlagfolge zu stellen. Die Ergebnisse dieser Untersuchungsmethode werden an einer größeren Zahl klinisch beobachteter Herzkranker mitgeteilt. Wir werden bei jeder Form der Herzinsuffizienz, die nicht von einer Arhythmia perpetua begleitet ist, je nach den näheren Umständen ohne Bedenken zwischen der Anwendung der Digitalis- und Strophanthinpräparate wählen können. Besonders wertvoll wird die Anwendung der intravenösen Digitalis- oder Strophanthinbehandlung sein bei Kranken, bei denen eine allgemeine Kreislaufschwäche eintritt. Durch die schnelle Wirkung wird bei Kranken, die durch den drohenden Kollaps bei Vasomotorenschwäche, z. B. nach schweren Blutverlusten oder bei Infektionskrankheiten, sehr gefährdet sind, die intravenöse Anwendung dieser Mittel besonders angezeigt sein und in bezug auf den Reizleitungsapparat keine Gefahr bedeuten. Aus diesen Mitteilungen ergibt sich, daß eine sichere Diagnose über die Art der vorliegenden Herzunregelmäßigkeit von praktischer Wichtigkeit ist. Verf. konnte zeigen, daß das durch Extrasystolen unregelmäßig schlagende Herz in bezug auf die Frequenz gegenüber der Digitalis und dem Strophantin wesentlich anders reagiert, als das durch eine Arhythmia perpetua klinisch unter dem gleichen Bilde unregelmäßig schlagende Herz. Das durch extrasystolische Erregungen arhythmische Herz verhält sich wie das in seinem Rhythmus ungestörte insuffiziente Herz. Die dauernd bestehenden Veränderungen der Reizentstehung und Reizleitung bei der Arhythmia perpetua ergeben für die Digitalisbehandlung besonders günstige Möglichkeiten einer Heilwirkung. Aber es traten auch Gefahren bei der Behandlung selbst mit kleinen Gaben dieser Mittel auf. Die hier für die Behandlung der Arhythmia perpetua aufgestellten Richtlinien kann man bei dem durch Extrasystolen arhythmischen, sowie bei dem insuffizienten Herzen mit regelrechter Schlagfolge ohne Bedenken außer acht lassen.

Dr. **Charles Dubois**, zurzeit 1. Assist. der medizin. Klinik zu Bern: **Sphygmobolometrische Untersuchungen bei Gesunden und Kranken.** (Deutsch. Arch. f. klin. Medizin, Bd. 120, H. 1.)

Die von Verf. an Gesunden und Kranken vorgenommenen dynamischen Pulsuntersuchungen ergeben, daß die Sphygmobolometrie nach Sahli ein sehr brauchbares und klinisch auch leicht zu handhabendes Verfahren ist, das sowohl auf physiologischem wie auf pathologischem Gebiete weitgehende Anwendung finden kann. Sahli versteht unter der von ihm eingeführten Sphygmobolometrie ganz allgemein die Messung des Energie- oder Arbeitswertes des einzelnen Pulsstoßes peripherer Arterien in absolutem Maße, d. h. in Grammzentimetern, und ebenso des Pulsvolumens in Kubikzentimetern. Die Sphygmobolometrie hat also zunächst den Zweck, die Arbeitsfähigkeit oder Energie des Pulses festzustellen. Die weitere Absicht solcher Messungen ist aber die, dadurch ein relatives Maß für die Arbeit des Herzens und für das Pulsvolumen, bezw. für die Zirkulationsgröße, zu erhalten. Die wichtigsten Ergebnisse der vorliegenden Untersuchungen sind folgende: Pulsvolumen, Pulsenergie und Blutdruck verhalten sich meist keineswegs proportional. Die Energie des Pulses wird weit mehr durch Veränderung seiner Volumengröße als durch den Wechsel des Blutdruckes beeinflußt. Die dynamischen Pulswerte (Pulsvolumen, Pulsenergie und Zirkulationsgröße) zeigen sich individuell bei Gesunden recht verschieden, sie schwanken indessen bei einem und demselben Gesunden zeitlich innerhalb verhältnismäßig enger Grenzen. Die Werte variieren beträchtlich mit dem Alter und mit dem Körpergewicht. Bei Kindern scheint die Zirkulationsgröße pro Kilogramm Körpergewicht eine auffallend große zu sein. Körperliche Anstrengung bewirkt physiologischerweise ein ziemlich rasch vorübergehendes Ansteigen der Bolometerwerte, pathologischerweise eine übermäßige und länger andauernde Steigerung oder aber, bei Erschöpfung, ein mehr oder weniger ausgesprochenes Absinken. Bei psychischer Erregung ergibt die bolometrische Untersuchung, daß neben der Pulsbeschleunigung gewöhnlich auch eine Vergrößerung der Zirkulation zustande kommt. Die bolometrischen Messungen geben uns interessante Auskunft über das Verhalten des Pulses im Verlauf fieberhafter Erkrankungen, bei spontanem Ablauf von Herz-, Nieren- und Blutkrankheiten, sowie anderweitiger Störungen der Zirkulation. Von Wert sind die Resultate der Sphygmobolometrie für die Verfolgung der therapeutischen Wirkung von Herz- und Gefäßmitteln, wo die bolometrisch feststellbare Wirkung oft den allgemeinen klinischen Wirkungen vorauseilt, was von praktischem Nutzen für die Durchführung einer Therapie sein kann. Auch für die Beurteilung des Einflusses anderer therapeutischer Maßnahmen (wie Infusionen, Blutentziehungen, Schwitzprozeduren, Punktionen und Narkosen) erhält man durch die bolometrische Pulsuntersuchung wichtige Anhaltspunkte. Für die Indikationsstellungen bei Herzkrankheiten ist die Bolometrie von großer praktischer Bedeutung, speziell durch die Möglichkeit der Unterscheidung echter Kompensationsstörungen von Pseudodekompensationszuständen.

C. Posner: Die Oberflächenspannung des Harns und ihre klinische Bedeutung. (Berl. klin. Wochenschr., 1916, No. 32.)

Schlußsätze: Die Oberflächenspannung des Harns ist stets geringer als diejenige des Wassers; sie nähert sich dieser am meisten bei Diabetes insipidus, sie erreicht die tiefsten Grade

bei Anwesenheit von Gallensäuren und Blut. Die Erniedrigung der Oberflächenspannung wird durch die im Harn vorhandenen Kolloide bedingt. Je niedriger die Spannung, je kleiner also die Harntropfen sind, um so mehr vergrößert sich die gesamte Oberfläche; hierin liegt eine Bedingung für Bildung von Konkrementen und Gerinnseln. Insbesondere erklärt sich so die Bildung von Zylindern im ikterischen Harn. Oberflächenspannung und Viskosität stehen in enger Beziehung; beide werden durch Alkalisierung günstig beeinflußt.

Stabsarzt Prof. Dr. **Bruns** (Göttingen): **Klinische Erfahrungen über die akute Nierenentzündung der Kriegsteilnehmer.** (Zeitschr. f. klin. Medizin, Bd. 83, Heft 3 u. 4.)

Die Nephritis der Kriegsteilnehmer geht nach den Erfahrungen des Verfassers meist mit reichlichen Oedemen einher, die nicht ausschließlich nephrogenen Charakter tragen. Der Urin enthält neben dem Eiweiß auffallend viel und lange Zeit Blut. Urämische Erscheinungen sind recht häufig. Die Fälle von Urämie mit Eklampsie hatten keine Rest-N-Erhöhung im Blut. Der Blutdruck ist während der Oedemperiode erhöht und sinkt im Ausschwemmungsstadium. Fast die Hälfte der Kranken hat im Oedemstadium eine Reststickstofferhöhung im Blut. Es liegt bei ihnen also in diesem Stadium eine Störung der einzigen lebenswichtigen Funktion der Niere: der Stickstoffausscheidung vor. Das subakute Stadium dieser Nephritiden dauert meist monatelang, bis dann endlich die letzten Spuren von Eiweiß und roten Blutkörperchen verschwinden. Die Nephritis neigt sehr stark zu Rezidiven. Das Rezidiv ist klinisch das absolute Spiegelbild der ursprünglichen Erkrankung. Uebergänge zur chronischen Nephritis konnte Verf. nicht beobachten. Die Krankheit trägt also im ganzen einen entschieden gutartigen Charakter.

Dr. **Hermann Zondek**, Assistent d. 1. med. Universitätsklinik der Charité in Berlin: **Ueber die Funktion der Nieren bei der hämorrhagischen Nierenentzündung von Kriegsteilnehmern.** (Zeitschr. f. klin. Medizin, Bd. 83, Heft 3 u. 4.)

Verf. teilt 4 Fälle mit. Die Kriegsnephritis bietet nach Verf., wenigstens in funktioneller Hinsicht, kaum wesentliche Eigentümlichkeiten dar, die bei Nephritiden ähnlicher Art mit anderer Aetiologie im Frieden nicht auch schon beobachtet wären. In funktioneller Beziehung scheint sie eine in erster Reihe azothämische-stickstoffretinierende Form darzustellen. Dafür spricht besonders Fall I, der in einem frischeren Stadium untersucht ist. Der NaCl-Stoffwechsel zeigt in den vom Verf. untersuchten späteren Stadien der Erkrankung keine Verlangsamung, vielmehr befinden sich die Nieren im Zustand einer ungemein starken, recht auffallenden Salzausschwemmung, die über Wochen hinweg andauern kann. Allerdings spricht gerade dieser Umstand dafür, daß in den frischen Phasen der Erkrankung auch der NaCl-Stoffwechsel im Sinne einer Retention gestört sein dürfte. Die funktionelle Minderwertigkeit einer Niere offenbart sich nach Verf. nach zwei Richtungen: 1. Die kranke Niere ist nicht imstande, die Hauptkomponenten der Ernährung, nämlich NaCl, N und H_2O, in normaler Weise zu bewältigen, was hinlänglich bekannt ist. 2. Unter pathologischen Verhältnissen stehen N und NaCl bei einer Reihe von Nierenschädigungen, deren Specifica allerdings zurzeit noch nicht feststehen, in gegenseitiger Korrelation in dem Sinne, daß bei N-Belastung die ausgeschiedene NaCl-Menge zurückgeht und bei NaCl-Belastung der Gesamtstickstoff. An der Retention des letzteren sind sowohl Harnstoff als Ammoniak, nicht aber die Harnsäure beteiligt. Nicht selten ist bei bereits intakter prozentualer N- und NaCl-Elimination doch eine gewisse Zeitlang deren erwähnte Abhängigkeit voneinander noch vorhanden als Zeichen der noch nicht gänzlich wiederhergestellten Funktion. Auch kann sich eine Besserung derselben in einer bereits eingetretenen Unabhängigkeit der NaCl-Ausscheidung von der N-Zufuhr zeigen, während das Umgekehrte noch nicht der Fall ist. Die Fälle II und III illustrieren dies in deutlicher Weise. Was für die in Frage stehende spezielle Form von Nephritis besonders erwähnenswert ist, ist der Umstand, daß ihre funktionelle Wiederherstellung erfolgt bezw. erfolgen kann zu einer Zeit, wo der Harn noch einen Eiweißgehalt von ca. ½ pro Mille neben einer geringgradigen Zylindrurie und einer mäßigen Ausscheidung roter Blutkörperchen aufweist.

Dr. **Friedrich Bode**, Oberarzt d. chir. Abt. des Allgem. Krankenhauses Bad Homburg v. H.: **Diabetes nach Operationen und Unfall.** (Beiträge zur klin. Chir., Bd. 99, Heft 3.)

Karewski betrachtet es als endgültig erwiesen, daß es einen echten metatraumatischen Diabetes nicht gibt, wenn auch hin und wieder ephemere und elimentäre Glykosurien nach Unfällen vorkommen, und nimmt an, daß Zuckerkrankheit, die nach Unfällen konstatiert wird, immer schon latent vorhanden gewesen ist. Kausch gelangt zu einem ähnlichen Standpunkt. Die Frage des Diabetes nach Operationen und Unfall ist aber noch keineswegs gelöst. Verf. verfügt über drei Fälle, in denen 2 mal im Anschluß an vorgenommene Operationen, 1 mal nach einem Trauma bei zuvor gesunden und in keiner Weise zuckerverdächtigen Menschen das Auftreten eines schweren echten Diabetes festgestellt werden konnte. Verf. findet diesen Zusammenhang auch sehr verständlich. Bei jedem Diabetiker wird, wie allgemein bekannt, durch psychische und nervöse Erregungen die Zuckerausscheidung quantitativ ungünstig beeinflußt, und ebenso sind in der Literatur genug Fälle beschrieben, in denen bei bisher gesunden Individuen an Gemütsbewegungen, an einen überstandenen plötzlichen Schreck, Freude, Angst und dergl. sich der schnelle Ausbruch eines echten Diabetes unmittelbar angeschlossen hat. Alle Erschütterungen des seelischen Gleichgewichtes spielen unter den Entstehungsursachen des Diabetes eine große Rolle, und sind unter allen in unseren Lehrbüchern an erster Stelle genannt und seit alters allgemein anerkannt. Wenn nun schon eine plötzliche psychische Erregung imstande ist, eine Glykosurie und unter Umständen sogar einen echten Diabetes hervorzurufen, wie viel mehr muß die Möglichkeit, wenn nicht die Wahrscheinlichkeit dazu bestehen, sobald zu einem psychischen Shok noch ein Trauma im eigentlichen Sinne hinzukommt, das an und für sich schon das Auftreten von Zucker im Urin bewirken kann.

Dr. **Reinhold Ahrens**, Assist. am Städt. Krankenhaus zu Remscheid: **Zur Operation der Schenkelhalsfraktur.** (Zentralbl. f. Chirurgie, 1916, No. 28.)

Bei einem 38 Jahre alten Fabrikarbeiter, welcher 8 Monate vorher durch Fall auf die Seite einen linksseitigen, typisch in die Trochantermasse eingekeilten Schenkelhalsbruch mit leichter Adduktions- und Außenrotationsstellung erworben hatte und beim Versuch aufzutreten erhebliche Schmerzen in der Gegend der Bruchstelle empfand, mithin auf Krücken angewiesen und arbeitsunfähig war, hat sich Verf. eine Operationsmethode bewährt, die bisher noch nicht angewandt ist. Da die Schmerzen nicht durch die Stellungsanomalie des Beines, sondern durch die Belastung des trotz der Einkeilung augenscheinlich nicht tragfähigen Schenkelhalses hervorgerufen wurden, kam eine Osteotomia subtrochanterica nicht in Frage, oder höchstens in Verbindung mit einer gleichzeitigen Verstärkung des Schenkelhalses durch Nagel, Schraube oder Knochenspan — ein kompliziertes und in bezug auf die Bewegungsfähigkeit in der Hüfte unsicheres Verfahren. Andererseits hätte eine Resektion, wie sie zuerst von Kocher für gewisse subkapitale Frakturen empfohlen ist, außer dem Schenkelkopf auch den ganzen, als Belastungsobjekt untauglichen Hals entfernen müssen. Dabei wäre aber mit einer beträchtlichen sekundären Verschiebung des Beines am Becken hinauf zu rechnen gewesen. Verf. hat nun das linke Hüftgelenk nach Kocher freigelegt, den ganzen Schenkelhals vom Kopf bis zum Schaft mit Meißel entfernt und zwischen dem zurückgelassenen Kopf und dem Trochanter major, beziehungsweise dem oberen Schaftteil des Femur, in das Hüftgelenk hinein einen an oberer Basis gestielten Muskellappen aus dem Glutaeus maximus gelegt. Denn Verf. nahm an, daß der zurückgelassene Schenkelkopf durch die sich bildende Nearthrose den Schaft gewissermaßen arretieren und seine Verschiebung nach oben, die nach Totalresektion gedroht hätte, verhindern würde. Genäht wurde nur die Hautwunde. Keine Drainage. Mäßige Nachblutung zwischen den breit angelegten Nähten; jedenfalls wirkte die Muskelsubstanz blutstillend auf die Knochenwunden, da auch Hämatombildung fehlte. 8 Tage lang bei reaktionslosem Verlauf Heftpflasterextension mit 6 Pfund in mäßiger Abduktion, dann täglich aktive Bewegungen des Beines in der Hüfte, die völlig schmerzfrei waren und deren Exkursionsbreite dem Pat. überlassen wurde. Gegenwärtig, 3 Monate nach der Operation, kann er aktiv das Bein bis zu 30 Grad abduzieren, Außendrehung normal, Innenrotation nur wenig beeinträchtigt. Der Trochanter steht 3 (vor der Operation 2) Zentimeter über der Roser-Nélatonschen Linie. Pat. kann gut Treppen steigen und verrichtet stundenlang leichte Gartenarbeit.

Dr. **Alida Janecke: Die Knochen- und Gelenktuberkulose im Alter, mit besonderer Berücksichtigung der Sonnen- und Höhenbehandlung.** (Beiträge zur klin. Chirurgie, Bd. 99, Heft 3.)

Fast alle Kurven des Vorkommens der Knochen- und Gelenktuberkulose im Verhältnis zum Alter der Patienten zeigen einen Wiederanstieg in den späteren Dezennien (ca. 5. Dez.). Quoad vitam ist die Prognose um so schlechter, je älter der Patient ist, wegen der häufigen gleichzeitigen Erkrankungen innerer Organe und der Gefahr der Miliartuberkulose. Quoad sanationem hängt die Prognose ab einerseits von der Lokalisation und Schwere des Leidens, andererseits von dem Alter des Patienten und seinem Allgemeinzustand. Bei dem Begriff Alter handelt es sich nicht um die Zahl der Jahre eines Patienten, sondern um seine Widerstandskraft, die hauptsächlich abhängig ist von dem Grad der Arteriosklerose und dem Zustand der Gewebe und lebenswichtigen Organe. Quoad functionem ist die Behandlung ausschlaggebend. Die Helio-

therapie hat im Vergleich zur sonst üblichen konservativen Therapie und zu der operativen Behandlung die besten funktionellen Resultate aufzuweisen. Für den alten Patienten kommen alle erprobten diätetisch-hygienischen, spezifischen und chemischen Mittel zur Hebung des Allgemeinbefindens in Anwendung wie bei jüngeren Personen, nur mit dem Unterschied, daß äußerst vorsichtig vorgegangen wird. Das Höhenklima eignet sich vorzüglich zur Hebung des Allgemeinzustandes beim alten Patienten. Kompensationsfähiges Herzleiden und Arteriosklerose sind keine Kontraindikation für das Hochgebirge. Heliotherapie hat einen ausgezeichneten Einfluß auf den Allgemeinzustand des alten, an Tuberkulose der Knochen und Gelenke erkrankten Patienten. Die einzige Kontraindikation bilden schwere progressive Lungentuberkulose und Amyloidentartung der Organe. Die Heilungserfolge der konservativen Therapie, besonders der Heliotherapie im Hochgebirge, sind denjenigen der chirurgischen überlegen, sowohl in der Beeinflussung des Allgemeinbefindens und des lokalen Herdes als in der Erhaltung der Funktion. Der langwierige, wenn auch sichere Verlauf der Heilung bildet augenblicklich noch ein Hindernis für die allgemeine Anwendung, und wir müssen mit einem chirurgischen Eingriff aus sozialen Indikationen rechnen. Die Amputation bedeutet für den alten Patienten einen leichteren Eingriff als die Resektion. Nicht die Zahl der Jahre des Patienten gibt die Indikation zur Resektion oder Amputation, sondern der Grad der Arteriosklerose und der dadurch bedingten atrophischen Erscheinungen. Die ideale Behandlung der tuberkulösen Knochen- und Gelenkherde im Alter besteht also in der Heliotherapie, wenn irgend möglich im Hochgebirge. Muß die Kur aus irgendwelchen Gründen abgekürzt werden, so wird nach der Demarkierung des Herdes, wie sie die Heliotherapie schafft, der Eingriff der Exzision oder Resektion möglich sein und sparsamer und wirksamer ausgeführt werden können. Die Amputation kommt in Frage für diejenigen Fälle, die trotz der besten konservativen Behandlung eine Verschlimmerung des Allgemeinzustandes und des lokalen Herdes aufweisen und für die Fälle von konkomittierender florider Phthise und amyloide Generation, bei denen noch ein Versuch gemacht werden soll.

Dr. **A. Rollier** (Leysin): **Sonnen- und Luftbehandlung nicht-tuberkulöser chirurgischer Affektionen mit Einschluß der Kriegsverletzungen.** (Beiträge zur klin. Chir., Bd. 100, H. 2.)

Verfassers bisherige Arbeiten waren besonders der Sonnenbehandlung der chirurgischen Tuberkulose gewidmet. Eine über Jahre hin sich erstreckende Praxis hat nun bewiesen: Durch ihre unvergleichliche kräftigende Wirkung vermag die Sonnenkur selbst den geschwächtesten Organismus wieder neu zu beleben. Durch ihre schmerzstillenden, reduktiven, bakteriziden und sklerogenen Eigenschaften stellt sie die Lokalbehandlung der Wahl dar. Sie ist im übrigen die vollkommenste Verwirklichung der Anforderungen der Orthopädie und der konservativen Chirurgie, unter Vermeidung irreparabler Verstümmelungen und möglichster Erhaltung der Muskulatur und Gelenkfunktionen. Schwächliche, difforme und in der Entwicklung zurückgebliebene Organismen vermag sie einem aktiven Leben wieder zurückzugeben, und das als normale Menschen, fähig zur Arbeit und bereit zum Kampf ums Dasein. Erlaubt also einerseits die Sonnenkur eine Radikalheilung beim Kind wie beim Erwachsenen, so kann man andrerseits ihre wiederherstellende Kraft ebenso voll ausnützen bei verschiedenen chirurgischen Affektionen nicht-tuberkulöser Natur. Allgemeine und lokale Wirkung werden dabei gleicherweise in Betracht kommen, sei es als Einzel-, sei es als Gesamteffekt. Seit Beginn seiner heliotherapeutischen Tätigkeit in Leysin haben Verf. die von Bernhard in diesem Sinne gemachten Erfahrungen besonders beschäftigt. Andererseits konnte er selbst beobachten, mit welcher Schnelligkeit sich die Wunden der Bergbewohner vernarbten, durch einfache Berührung mit freier Luft und Sonne. Dadurch wurde R. veranlaßt, bei den verschiedenartigsten Wunden und Verletzungen systematisch die Sonnenkur anzuwenden. Die vorliegende Arbeit soll zeigen, wie die Sonne unter gleichzeitiger Anregung der Zellfunktion die Infektionskeime zerstört und so die Bedingungen eines idealen Verbandes erfüllt. Zum Beweise dieser Behauptung greift Verf. auf Resultate zurück, die er durch diese Behandlung erreichen konnte in Fällen aller Art von Verletzungen, Wunden, Brandwunden, Knochenbrüchen und Ulcus varicosum. Wenn bei diesen letzteren Kategorien die Heliotherapie die eigentliche Basis der ganzen Behandlung darstellt, so ist sie bei den anderen ein wertvolles Unterstützungsmittel, das sich den Forderungen einer schnelleren aktiven Therapie unterordnen muß. Dies ist der Fall bei Phlegmonen, Panaritien und besonders bei Osteomyelitis, bei welch letzteren die Sonne uns erlaubt, die gewöhnlichen großen Knochenhöhlen besser und schneller zum Verschwinden zu bringen, als durch die gebräuchlichen Behandlungsarten. Nicht geringer sind die Dienste, die man von der Sonnenkur im Gebiete der Kriegschirurgie erwarten darf. Unter ihrem Einfluß, schneller als bei jeder anderen Behandlung, werden torpide, renitente Wunden zur Vernarbung und langwierige Eiterungen zum Verschwinden gebracht. Unerwartet schöne Resultate lassen sich bei komplizierten Frakturen erzielen, wo jede Hoffnung auf Erhaltung der Extremität bereits geschwunden war, denn die Sonne wirkt direkt gegen die Infektion und erlaubt so, eine große Zahl von Amputationen zu vermeiden. In der Orthopädie kann die Sonnenkur ganz bedeutende Dienste leisten, auch außer ihren bereits bekannten Anwendungen bei plastischen Operationen und Gelenkversteifungen. Ein günstiges Anwendungsgebiet geben schließlich noch die trophischen Knochenerkrankungen ab, wie Rachitis und ihre Abarten. Verf. geht genau auf die Technik der Heliotherapie ein.

Dr. **Chr. Johnsen**, Facharzt f. Chirurgie (Sa. Catharina, Brasilien), zurzeit ordinierender San.-Offiz. am Res.-Laz. I, Stettin: **Die Naht des Ureter.** (Zentralbl. f. Chir., 1916, No. 31.)

Die Methode des Verfassers zeichnet sich durch außerordentliche Einfachheit aus. Er führt die Ureternaht auf einem eingeführten Glasstäbchen aus. Er mobilisiert die beiden Ureterenenden, legt vesikal und renal eine provisorische Ligatur, läßt an den langen Fadenenden den Assistenten die beiden Enden des Ureter einander nähern, schiebt einen das Lumen leicht verstärkenden Glasstab ein und legt mit feinster Gefäßseide und Nadel eine Naht, welche beide Enden aneinanderbringt. Er braucht nun gar keine Assistenz mehr, legt Knopfnaht für Knopfnaht durch die äußere Wandung, nach Möglichkeit die Schleimhaut nicht mitfassend, wobei er immer durch Zug an dem letztgeknüpften Faden sich die neue Nahtstelle ins Gesichts- und Operationsfeld bringt. Er knüpft gleich die gelegten Fäden und macht nach völligem zirkulären Verschluß des Ureter eine kleine Längsinzision im renalen Ureterteil, schiebt das Stäbchen durch diese heraus und legt eine oder zwei feine oberflächliche Nähte hindurch, die man nach der Inzision am besten auf dem noch liegenden Glasstab ausführt. Wer diese kleine Längswunde vermeiden will, kann den Ureter mit Knopfnähten schließen, die er erst nach Entfernung des Stäbchens verknüpft. Die Vorteile des Verfahrens liegen darin: 1. Sichere anatomische Uebersicht, wenn man beide Enden des Ureter auf dem Stäbchen vor sich hat. 2. Die Unmöglichkeit, bei der Naht die gegenüberliegende Schleimhaut mitzufassen. 3. Bei kleinstem vesikalen Ureterstumpf noch nähen zu können, was bei Plastiken oder Vereinigungen End-zu-Seit unmöglich ist. 4. Die räumliche Uebersicht und leichte Arbeit durch Wegfallen jeder Assistenz bei der Naht. 5. Die verblüffende Einfachheit der Naht selber auf fester Glasunterlage.

Dr. med. **Schlenzka: Erfahrungen mit dem Wundöl Granugenol (Knoll).** (Berl. klin. Wochenschr., 1916, No. 37.)

Das Granugenol, welches die Firma Knoll u. Co., Ludwigshafen a. Rh., in den Handel bringt, ist ein Mineralöl ausgesuchter Herkunft, dem unter Befreiung von schädlich wirkenden Stoffen ein biologisch garantierter Gehalt an wirksamen Bestandteilen belassen wurde. Es enthält im Gegensatz zu Paraffin. liquid., welches nur aus gesättigten Kohlenwasserstoffen besteht, auch ungesättigte, und zwar die, welche Rost gelegentlich seiner ausgedehnten Versuche mit den hier interessierenden Stoffen im Laboratorium der chirurgischen Universitätsklinik Heidelberg als die für ein Wundöl brauchbarsten ausfindig gemacht hat. Dieselben regen das Bindegewebe unter gleichzeitiger Reinigung der Wunde zu gesteigertem Wachstum an und fördern hiermit selektiv deren kernige und gesunde Wiederausfüllung. Verf. hat, nachdem schon mehrere empfehlende Arbeiten über das Granugenol erschienen waren, das Mittel in einer großen Zahl von geeigneten Fällen, wie z. B. nach Sequestrotomien, nach Zehen- und Fingerverlusten als Folge von Erfrierung, ferner bei Fisteln und umfangreichen, tiefgehenden Substanzverlusten usw. angewendet. Die Technik der Granugenolanwendung ist einfach. Man gießt es nach der üblichen Reinigung der Wunde gleichmäßig und ohne Druck in dieselbe ein, unter Beobachtung des Momentes, daß auch ihre tiefsten Punkte erreicht werden, oder man verwendet bei Flächenwunden mit Granugenol getränkte Gazestreifen, die man einen um den andern Tag erneuert. Besonders die Wunden nach Sequestrotomien gaben bei der Behandlung mit Granugenol ausgezeichnete Resultate. Aber auch bei großen flachen Substanzverlusten hat das Granugenol Verf. gute Dienste geleistet. In letzter Zeit hat Verf. nach Art des Zinköls Granugenol mit gleichen Gewichtsteilen Zinkoxyd gemischt, dem der besseren Verreibbarkeit wegen etwas Ol. arachidis. oder Ol. olivar. zugesetzt wurde. Diese Kombination hat sich Verf. bei der Behandlung von Hautabschürfung, oberflächlichen granulierenden Wunden sowie bei Unterschenkelgeschwüren gut bewährt. Verf. hat den Eindruck, daß die Epithelisierung damit erheblich beschleunigt wurde.

Kr.

II. Tagesgeschichte.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Infolge eines Druckfehlers unserer Quelle ist der Name eines der in voriger Nummer aufgeführten, durch die Verleihung des **Eisernen Kreuzes I. Klasse** ausgezeichneten Kollegen entstellt wiedergegeben worden. Es muß heißen „Junius“ (anstatt „Jemius“).

Leipzig. Dr. Erich Sonntag hat sich für Chirurgie habilitiert.

Heidelberg. Der ordentliche Professor der Hygiene Prof. Dr. Hermann Kossel hat die Berufung nach Berlin als Direktor des Instituts für Infektionskrankheiten abgelehnt.

Wien. Prof. Dr. Alfred Fischel, Extraordinarius der Anatomie und Embryologie in Prag, ist als außerordentlicher Professor der Embryologie hierher versetzt worden.

Prag. Die bisherigen Titularextraordinarien Prof. Dr. Ludwig Waelsch (Dermatologie und Syphilis) und Prof. Dr. Ferdinand Schenk (Geburtshilfe und Gynäkologie) wurden zu außerordentlichen Professoren befördert.

Lemberg. Der bisherige Titular-Extraordinarius Privatdozent der Geburtshilfe und Gynäkologie Prof. Dr. Ladislaus Bylicki ist zum ordentlichen Titularprofessor ernannt worden.

Verschiedenes.

Berlin. Ueber die Frage, inwieweit auf dem Gebiete des Unfallentschädigungswesens ein **Operationszwang** bestehe, hat kürzlich das Reichsversicherungsamt eine bemerkenswerte Entscheidung getroffen. Der Bergmann H. hatte vor einigen Jahren bei seiner Berufsausübung eine Verletzung des rechten Auges erlitten und erhielt dafür zunächst eine Unfallrente von 33⅓ Proz. Da der begutachtende Arzt eine Besserung des Sehvermögens auf operativem Wege (durch optische Irioektomie) für möglich hielt, so erhielt H. von der Berufsgenossenschaft die Aufforderung, sich zwecks Vornahme des kleinen Eingriffs in eine Krankenanstalt zu begeben. Er wurde gleichzeitig darüber belehrt, daß es sich um eine nicht besonders schmerzhafte und verhältnismäßig ungefährliche Operation handle, zu der eine allgemeine Narkose nicht erforderlich sei. H. weigerte sich, dem Ersuchen der Berufsgenossenschaft Folge zu geben, worauf ihm gemäß § 606 der Reichsversicherungsordnung die Entziehung der Rente angedroht wurde. H. erklärte darauf, er würde sich nur dann in die Krankenanstalt aufnehmen lassen, wenn ihm ein gutes Ergebnis des auszuführenden Eingriffs schriftlich gewährleistet würde. Die Berufsgenossenschaft stellte daraufhin die Auszahlung der Rente auf ein Jahr ein. H. klagte darauf beim Reichsversicherungsamt auf Weiterzahlung der Rente, wurde aber auf Grund des § 606 der RVO. abgewiesen, da nach der Aussage des ärztlichen Sachverständigen durch die in Frage kommende gefahrlose und wenig schmerzhafte Operation ohne allgemeine Narkose wahrscheinlich eine Besserung des Sehvermögens und damit eine Erhöhung der Erwerbsfähigkeit des Klägers zu erzielen gewesen wäre.

Zentralkomitee für das ärztliche Fortbildungswesen in Preußen.

Vorträge über

„Die militärärztliche Sachverständigentätigkeit auf dem Gebiete des Ersatzwesens und der militärischen Versorgung“

veranstaltet unter Förderung der Medizinalabteilung des Kriegsministeriums vom 30. Oktober bis 18. Dezember 1916 im „Kaiserin-Friedrich-Hause“.

Montag, den 30. Oktober: Einleitung: Generalarzt Dr. Schultzen, Chef der Medizinalabteilung des Kriegsministeriums. Die Begriffe Dienstbrauchbarkeit (Kriegsbrauchbarkeit), Dienstbeschädigung, Erwerbsunfähigkeit, Verstümmelung im Rahmen der militärärztlichen Gutachtertätigkeit: Oberstabsarzt Dr. Martineck. — Donnerstag, den 2. November: Erkrankungen und Verletzungen der Gliedmaßen: Generaloberarzt Prof. Dr. Köhler. — Montag, den 6. November: Die Bedeutung der Kriegsschädigungen in der Psychopathologie unter besonderer Berücksichtigung der D.B.-Frage: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Bonhoeffer. — Donnerstag, den 9. November: Dienstbrauchbarkeit der Epileptischen und Psychopathen: Prof. Dr. Gaupp (Tübingen). Dienstbeschädigung und Rentenversorgung bei Psychopathien und Neurosen: Stabsarzt Priv.-Doz. Dr. Stier. — Montag, den 13. Novbr.: Organische Nervenerkrankungen u. Nervenverletzungen: Prof. Dr. Oppenheim. Hirnverletzungen: Prof. Dr. Goldstein (Frankfurt a.M.) — Donnerstag, den 16. Novbr.: Sehstörungen und Augenleiden (einschl. Verletzungen) vom Standpunkt der Dienst- bezw. Kriegsbrauchbarkeit: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Krückmann. Beurteilung der Dienstbeschädigungsfrage, Erwerbsfähigkeit und Verstümmelung bei Erkrankungen und Verletzungen des Auges: Stabsarzt Dr. Wätzold. — Montag, den 20. November: Hörstörungen und Ohrenleiden: Generalarzt Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Passow. Verletzungen und Erkrankungen des Halses und der Nase: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Killian. — Donnerstag, den 23. November: Lungenerkrankungen und -verletzungen: Prof. Dr. de la Camp (Freiburg i. Br.). — Montag, den 27. November: Erkrankungen und Verletzungen der Kreislaufsorgane: Generalarzt Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Hoffmann (Düsseldorf). — Donnerstag, den 30. November: Erkrankungen und Verletzungen des Verdauungstraktus: Oberstabsarzt Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Schmidt (Halle). — Montag, den 4. Dezember: Stoffwechselerkrankungen: Geh. Hofrat Prof. Dr. von Noorden (Frankfurt a. M.). Erkrankungen und Verletzungen der Kiefer und Zähne: Oberstabsarzt Prof. Dr. Williger. — Donnerstag, den 7. Dezember: Arthritiden, Myalgien und Neuralgien: Prof. Dr. Weintraud (Wiesbaden). — Montag, den 11. Dezember: Erkrankungen der Nieren: Generaloberarzt Geh. Med.-Rat Prof. Dr. His. Erkrankungen und Verletzungen der Haut und Geschlechtsorgane: Landsturmpfl. Arzt Priv.-Doz. Dr. Mulzer (Straßburg). — Donnerstag, den 14. Dezember: Habitus und Diathese in ihrer Bedeutung für die militärärztliche Gutachtertätigkeit: Generalarzt Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Kraus. — Montag, den 18. Dezember: Die plötzlichen Todesfälle vom Standpunkt der Dienstbeschädigung: Oberstabsarzt Geh. Hofrat Prof. Dr. Aschoff (Freiburg i. Br.).

Bemerkungen für die Teilnehmer. Die Vorträge finden an den oben bezeichneten Tagen um 8 Uhr abends (pünktlich) statt. Zur Teilnahme an den Vorträgen ist jeder deutsche (in Deutschland approbierte) Arzt berechtigt. Die Einschreibegebühr für die gesamte Vortragsreihe beträgt 2 M. Teilnehmerkarten werden im Kaiserin-Friedrich-Hause wochentäglich zwischen 9—3 Uhr ausgegeben. Die Anzahl ist beschränkt. Bei der persönlichen Meldung ist es empfehlenswert, zwecks schnellerer Erledigung eine Besuchskarte, ein Rezeptformular oder einen Zettel mit der genauen Adresse des Bestellers abzugeben. Schriftliche Meldungen sind unter Beifügung der Einschreibegebühr und eines mit Freimarke versehenen Briefumschlages an das Kaiserin-Friedrich-Haus (Kurse), NW. 6, Luisenplatz 2—4, zu richten.

W. v. Waldeyer-Hartz. C. Adam.

Es ist beabsichtigt, die gleiche Kursreihe zu Beginn des folgenden Jahres in anderen großen Städten ebenfalls zu veranstalten.

Ende des redaktionellen Teils.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: San.-Rat Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil S. Caspari, Berlin-Schöneberg.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW. 68, Alexandrinenstraße 110.

85. Jahrgang Berlin, 4. November 1916 No. 45

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen,
Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Steinplatz 105 56

85. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W. 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Referate.

Dr. **Mauritius Eichhorn**, zurzeit Röntgenarzt am Garnisonspital Nr. 3 in Przemysl: **Beitrag zur Kasuistik der Organneurosen im Röntgenbilde.** (Wiener med. Wochenschr., 1916, No. 40.)

S. Kreuzfuchs hat auf das Vorkommen von Schwellungen der Tracheobronchialdrüsen hingewiesen, die wegen ihrer Nachbarschaft zu Vagus und Sympathicus Erscheinungen verursachen können, die irrtümlich als Herzneurosen gedeutet werden. Ein ähnlicher Fall gelangte in Verfassers Beobachtung: Ein 23 Jahre alter Infanterist wurde zwecks Konstatierung seines Herzleidens ins Spital aufgenommen. Der Pat. klagte seit einem halben Jahre über Herzklopfen und Oppressionsgefühl in der Herzgegend bei stärkerer Anstrengung und war seit längerer Zeit marschunfähig. Nach eingehender interner Untersuchung wurde die Diagnose auf Herzneurose gestellt und der Pat. zur Röntgenuntersuchung geschickt. Bei der Durchleuchtung fand Verf.: Linke Lungenspitze verdunkelt, hellt sich beim Husten nicht auf; sonst ergibt die Lungendurchleuchtung, außer etwas stärkerem Hervortreten der Hiluszeichnung, nichts Abnormes. Als auffallenden Befund erhob Verf. aber einen ungefähr pflaumengroßen, dichten, scharf begrenzten, nicht pulsierenden, von der Atmung unabhängigen Schatten im linken Tracheobronchialwinkel. Es handelte sich zweifellos um eine verkalkte Drüse. Damit war auch die klinisch okkulte Ursache der Herzbeschwerden aufgedeckt. Durch ihren Sitz und Beziehung zu den Nervenstämmen des Vagus und Sympathicus vermochte die intumeszierte und verkalkte Tracheobronchialdrüse Vagus- bezw. Sympathicussymptome am Herzen auszulösen.

Stabsarzt d. L. Dr. **Alfred Peiser**, Chirurg in Posen: **Beiträge zur Frage der Schienenverbände.** (Medizin. Klinik, 1916, No. 37.)

Auch die schweren Weichteilzerreißungen verlangen gebieterisch die Ruhigstellung, nicht nur der Schmerzen wegen, die wir vermeiden wollen, sondern vor allem mit Rücksicht auf die schwere Infektion fast aller dieser Wunden. Wir rechnen heute damit, daß alle Kriegsverletzungen infiziert sind. Wir geben ihnen durch einen fixierenden Verband die Möglichkeit und die Hilfe, die Infektion zu überwinden. Wenn wir alle Schußverletzungen ohne jede Ausnahme prinzipiell für die ersten Tage durch einen Schienenverband ruhigstellen würden, die Zahl der glatten Heilungen würde sicher noch beträchtlich zunehmen. Die Kriegserfahrungen drängen zur Forderung: es muß weit mehr, als bisher geschieht, geschient werden. Die Schwierigkeit, dieser Forderung im Felde gerecht zu werden, liegt ebenso sehr in der nicht jedem Arzte in gleicher Weise geläufigen Kunst, Schienenverbände anzulegen, wie im Schienenmaterial selbst. Je mannigfaltiger dieses Material ist, desto schwerer ist es für den in chirurgischen Dingen nicht erfahrenen Arzt, sich desselben in richtiger Weise zu bedienen. Je gleichartiger und einfacher es aber ist, desto schneller lernt er die zweckmäßige Verwendung. Wenn wir für alle Schienenverbände ein Universalmaterial zur Verfügung hätten, das allen Anforderungen, sowohl für den Transport wie für die Behandlung entspricht, so wäre dies, im Felde wenigstens, von größtem Werte, zumal eine solche Einheitlichkeit zugleich eine Vereinfachung der Ausrüstung unserer Feldsanitätsformationen bedeutete. Schon in einer früherer Arbeit hat Verf. darauf hingewiesen, daß wir dieses gewünschte Universalmaterial bereits besitzen in den verzinnten biegsamen Eisendrahtschienen (Cramerschiene), wie sie seit Jahren bekannt, aber nur spärlich benutzt worden sind. Seit Oktober 1914 hat Verf. sich keiner anderen Schienen mehr bedient. Verf. konnte an einem großen Material reiche Erfahrungen sammeln, Neuerungen und Verbesserungen anbringen und sie erproben. In vorliegender Arbeit gibt er einige derselben wieder und verweist im übrigen auf seine demnächst erscheinende, zusammenfassende Abhandlung: „Schienenverbände und ihre Technik".

Dr. **Spiegel**, Oberarzt der chir. Abt. des Städt. Krankenhauses Berlin-Lichtenberg: **Radialisschiene und Peroneusschuh.** Allgemeine Grundsätze der Wundbehandlung. (Medizin. Klinik, 1916, No. 38.)

In der vorliegenden Arbeit weist Verfasser auf zwei wichtige Punkte in der Wundbehandlung hin, über welche zurzeit viel gestritten wird. Der erste betrifft die Frage der Ruhigstellung verletzter Glieder, der zweite die Anlegung feuchter Verbände. Unter den Lähmungen verdienen wegen ihrer Häufigkeit gegenüber anderen Nervenlähmungen die größte Aufmerksamkeit von Anfang an die Radialis- und die Peroneuslähmung. Bei ersterer kommt es darauf an, die durch die sogenannte Hängehand eintretende Dehnung der Extensoren und Verkürzung der Flexoren, die Versteifung des Handgelenkes und der Finger zu verhindern. Das geschieht am besten durch das Tragen einer kurzen Ledermanschette am Vorderarm, mit dorsaler, federnder Schiene, welche das Handgelenk in leichter Dorsalflexion erhält und mit schmaler Schlaufe die Metacarpophalangealgelenke unterstützt, die Finger- und die Greiffläche, d. h. die Hohlhand, aber vollständig frei läßt. In Ermangelung einer solchen Schiene kann man sich auch vorerst mit einer entsprechend gebogenen schmalen Aluminium- oder Eisenblechschiene behelfen. Die Korrektur der Peroneuslähmung besteht darin, den äußeren Fußrand zu heben und zugleich das Fußgelenk dorsal zu flektieren. Dies geschieht am einfachsten mittels eines Heftpflaster- oder Gummizuges vom Kleinzehenballen zum oberen Drittel des Unterschenkels oder dadurch, daß man außen am Schnürstiefel dicht hinter der Kappe einen schmalen Lederriemen an die Sohle nähen läßt, diesen durch einen in Höhe des Beginnes der Verschnürung seitlich angebrachten Ring oder eine Schlaufe führt und ihn unter Zug am Ende der Verschnürung am oberen Schuhrande befestigt. In diesen Lederriemen wird praktisch noch ein kräftiger Gummizug oder eine elastische Drahtfederung eingeschaltet. Zur vorläufigen Hilfe genügt ein derber Schuhsenkel. Die federnden Schienen sollen keine

absolute Ruhigstellung schaffen, sondern Bewegungen im Gelenk ermöglichen. — Für die Wundbehandlung stellt Verf. folgende Leitsätze auf: 1. Sorge für ausreichenden Sekretabfluß. 2. Ruhigstellung nur soweit unbedingt erforderlich. 3. Wundspülung nicht mit starken Antisepticis, sondern mit indifferenten Mitteln (steriler physiologischer Kochsalzlösung und 3 proz. Wasserstoffsuperoxyd). 4. Behandlung durch heiße Bäder, Lichtbügel und Fön an Extremitäten (Hyperämie); bei kleineren Oberflächendefekten auch Stauung. 5. Verband feucht und locker mit angefeuchteten und ausgedrückten Tupfern, darüber Zellstoff (keine Watte); keine geschlossenen Verbände (das heißt ohne wasserdichten Stoff) bei offenen Wunden. 6. Bei großen Wundflächen kombinierter Verband mit durchlöchertem Salbentupfer; Fisteln bleiben frei, sie werden gesondert feucht verbunden. Empfehlenswerte Salben sind Combustin, Pellidol, Borsalbe. 7. Geschlossene Verbände (d. h. mit wasserdichtem Stoff) nur bei geschlossenen Prozessen. 8. Bei Lähmungen sofortige Korrektur durch zweckentsprechende federnde Fixation. 9. Antiseptische Wundwässer wertlos; bewährt sind Jodtinktur (5 proz.), Wasserstoffsuperoxyd (3 proz.), auch Wundöl „Knoll". 10. In besonderen Fällen Behandlung mit Vakzin bezw. Autovakzin bei vorsichtiger intravenöser Applikation.

Marinestabsarzt d. R. Dr. **Gustav Neugebauer: Ueber eingeheilte Geschosse.** (Medizin. Klinik, 1916, No. 37.)

Bei der Entfernnug von im Muskelgewebe oder im subkutanen Fettgewebe der verschiedensten Körperteile sonst reaktionslos eingeheilten Geschossen, die dem Träger stärkere körperliche Beschwerden oder sonstige Sorge machten, konnten in der großen Mehrzahl der Fälle fast regelmäßig folgende Beobachtungen von Verf. festgestellt werden. Zunächst bei Schrapnellkugeln. Kam man bei stumpfem Vordringen auf das durch Röntgenstrahlen in seinem Sitz vorher bestimmte Geschoß, so fand man das Gewebe um die Kugel herum leicht verdickt; drang man dann durch die umgebende verdickte schmale Schicht hindurch, so entleerte sich in der größeren Anzahl der Fälle zunächst eine meist nicht reichliche Menge einer trüben schleimig-serösen Flüssigkeit, und das Geschoß folgte dann gewöhnlich sehr leicht. Es handelte sich um eine sterile Flüssigkeit, die durch einen vom Geschoß ausgehenden chemischen Reiz bedingt erklärt werden kann. Es liegt hier eine Abwehrbestrebung des Körpers vor, den Fremdkörper — Blei — aufzulösen und sich auf diese Art desselben langsam zu entledigen. Andere Beobachtungen machte Verf. bei der Entfernung von eingeheilten Granatsplittern. Eine umgebende trüb-seröse oder sonstige Flüssigkeit wurde dabei niemals gefunden. Die Entfernung dieser Granatsplitter war immer schwieriger als die der Schrapnellkugeln. — Welche Folgen kann nun ein eingeheiltes Geschoß für den Gesamtorganismus haben? Nach Lewin erfordert die chemische Notwendigkeit, daß Blei, das irgendwo in einem lebenden Gewebe liegt, so viel von seinem Bestande an vorhandene, mit ihm in Berührung tretende, lösende oder Salze schaffende Faktoren abgibt, als nach chemischen Gesetzen erfordert wird. Was hier vom Blei gesagt wird, gilt natürlich auch für alle anderen Fremdkörper, die überhaupt chemisch löslich sind. Also auch Eisen (Granatsplitter) muß im Gewebe chemisch verändert und gelöst werden. Lewins Erfahrungen auf dem Gebiete des Saturnismus und seine Ausführungen müssen den auf diesem Gebiete meist weniger erfahrenen Chirurgen überzeugen, daß eine Entfernung von Bleigeschossen aus dem Gewebe erstrebt werden muß. Eisen im Körpergewebe birgt wohl kaum Gefahren in sich. Die Chirurgie bedient sich schon lange eisenhaltiger Dinge und bringt diese im Körper zur Einheilung (Knochennähte usw.). Bleigeschosse sind, wo irgend angängig, stets zu entfernen, selbst wenn sie keine Beschwerden machen. Eisengeschosse sind zu entfernen, wenn sie im Gewebe Beschwerden machen, die Kraft von Muskeln oder die Beweglichkeit von Gelenken herabsetzen, und schließlich, wenn damit psychisch ein Erfolg erzielt werden kann.

Dr. **Kurt Hanusa**, Assistent d. chirurg. Universitätsklinik Kiel: **Hyperalgetische Zonen bei Kopfschüssen, Schädelbasisbrüchen, Gehirnerschütterung.** (Medizin. Klinik, 1916, No. 38.)

Hyperalgetische Zonen wurden 1903 zuerst von Wilms bei Schußverletzungen des Schädels beobachtet. 1904 bestätigte Milner diese Beobachtung. Vorschütz fand 1907 solche Zonen auch bei Basisbrüchen und bei Commotio cerebri, ebenso 1909 Clairmont. Während bei den Fällen von Wilms, Milner, Vorschütz und Clairmont die Zonen im zweiten bis fünften Cervicalsegment auftreten und das Gebiet des Trigeminus stets frei blieb, konnte Verf. in vier Fällen ein zum Teil ausschließliches Befallensein des Trigeminusgebietes nachweisen; in einem Falle schwerer Gehirnerschütterung trat eine Zone auf, welche vom zweiten Dorsal- bis dritten Lumbalsegment reichte, nach vorn beiderseits mit der mittleren Achsellinie abschneidend. Diese Zonen treten entweder direkt im Anschluß an das Trauma auf oder erst nach Tagen bis Monaten. Sie erlöschen nach Stunden, Tagen, können sich aber Monate, ja Jahre halten. Hierin liegt ihr praktischer Wert bei der Beurteilung Verletzter. Hyperalgetische Zonen bei Schädelverletzungen sind bisher nur in wenigen Fällen, im ganzen 34, beschrieben. Es liegt das zum Teil daran, daß zu wenig darauf geachtet wird, das Auftreten derselben nicht genügend bekannt ist. Nur so kann es vorkommen, daß solche Patienten als Neurastheniker angesehen werden und ihren Angaben wenig Wert beigemessen wird. Andererseits würde eine vermehrte Kasuistik gerade jetzt im Felde bei der Häufigkeit der Schädelverletzungen zu einer größeren Kenntnis der hyperalgetischen Zonen führen.

Oberstabsarzt Prof. Dr. **Arthur v. Sarbo** (Budapest): **Die durch Granatfernwirkung entstandene Taubstummheit, eine medulläre Erkrankung.** (Medizin. Klinik, 1916, No. 38.)

Den Mechanismus der Entstehung dieses medullären Symptomenkomplexes stellt Verf. sich derartig vor, daß sowohl bei dem tatsächlichen Erschüttern der Hirnmasse durch den Explosionsluftdruck, als auch eventuell durch die anderweitigen mechanischen Nebenumstände (Hinsausen auf die Erde, Anschlagen des Schädels usw.) das verlängerte Mark ins Foramen occipitale magnum hineingezwängt wird (Kochersche Annahme) und hierdurch die am exponiertesten liegenden medullären Nerven (achter, neunter, zehnter, zwölfter) beschädigt werden, andererseits der Liquor cerebrospinalis, an den Boden des vierten Ventrikels hingeschleudert, die dortselbst befindlichen Nervenkerne lädiert. In fast allen Fällen weist auch die im Anfang bestehende, sehr oft persistierende Schmerzhaftigkeit der Hinterhauptnackengegend auf die Lokalisation des Krankheitsherdes hin. Die Art der Entstehung der Symptome, die Anfangssymptome, das fernere Sichentwickeln derselben und endlich die in den meisten Fällen eintretende Spontanheilung sprechen dafür, daß wir an eine lokale Erkrankung zu denken berechtigt sind. Die Fälle aus der Friedenspraxis, in denen direkte Traumen der Hinterhauptgegend zu ähnlichen Symptomenkomplexen führen, ferner die Nasen-, Ohrblutungen weisen darauf hin, daß es in gewissen Fällen auch zur Basisfraktur kommen kann. Allen Fällen gemeinsam ist der Beginn mit Bewußtlosigkeit; aus derselben erwachend, bemerken die Patienten, daß sie taubstumm sind. Die Anfangssymptome des Beteiligtseins vom neunten und zwölften Nerven sind bisher nicht studiert. In Betreff des Hypoglossus hat Verf. die Beobachtung gemacht, daß derselbe im Anfang ganz gelähmt sein kann. Aus diesen Anfangssymptomen entwickeln sich verschiedene Verlaufsmöglichkeiten: 1. In den mildest verlaufenden Fällen kehrt sowohl das Gehör als die Sprache bald zurück. 2. Die zweite Art des Verlaufes bei diesen Fällen besteht darin, daß nach anfänglicher Taubstummheit die Sprache sehr rasch (in einigen Tagen, Wochen) zurückkehrt, die Taubheit sich stabilisiert. 3. Als dritte Möglichkeit finden wir, daß aus der anfänglichen Taubstummheit sich zuerst die Taubheit bessert bezw. aufhört und die Stummheit restiert. Einen gemeinsamen Zug bildet in den meisten Fällen die Tatsache, daß es ohne besondere Behandlung zur Heilung kommt.

Dr. **Theodor Sachs**, Spezialarzt für Hautkrankheiten in Frankfurt a. M.: **Ueber eine neue Alkoholzahnpaste.** (Medizin. Klinik, 1916, No. 38.)

Von dem Gedanken ausgehend, daß ein solches Präparat hauptsächlich auf das Zahnfleisch zu wirken habe, hat Verf. eine Zahnpaste herstellen lassen, welche sich in erster Linie als eine Spiritusseife darstellt und so die leicht gerbende und adstringierende Wirkung des Alkohols auf das Zahnfleisch zur Anwendung bringt. Außer verschiedenen Geschmackskorrigentien enthält die Paste die üblichen Bestandteile des Zahnpulvers, außerdem noch bleichende und desinfizierende Zusätze. Das Präparat ist im Gebrauch angenehm, sehr schaumbildend und wird in der üblichen Weise benutzt wie jede andere Zahnpaste auch. Das Präparat wird von der Hirschapotheke in Frankfurt a. M., Zeil 111, hergestellt.

Kr.

II. Verhandlungen ärztlicher Gesellschaften.

Aus der Kriegstagung der Gesellschaft Deutscher Nervenärzte.

München, 22. und 23. September 1916.

(Bericht der „Vereinigung d. deutschen med. Fachpresse")

1. Thema:

Neurosen nach Kriegsverletzungen

I. **Oppenheim** (Berlin): 1. Hysterie und Neurasthenie sind verschiedene Krankheiten. Die Begriffe Neurasthenia cordis, vasomotoria, sexualis usw. sind aufrechtzuerhalten. Auch der Tic, die Hemikranie, die Quinckesche Krankheit, die Akro-

parästhesien, die Crampi usw. sind selbständige Affektionen. Es gibt also eine Gruppe von Neurosen. 2. Da sich die Mehrzahl derselben im Gefolge eines Traumas entwickeln kann, ist es berechtigt, von traumatischen Neurosen zu sprechen, auch dann, wenn das Trauma nur die auslösende Ursache bildet. 3. Ihre genauere Klassifizierung scheitert oft an der Neigung zu Kombinationen. Schon aus diesem Grunde kommt man oft über die Diagnosee „traumatische Neurose" nicht hinaus. 4. Der Begriff des Traumas schließt die psychische und mechanische Erschütterung ein. Beide können dieselben Funktionsstörungen im zentralen Nervensystem hervorrufen. 5. Die psychotraumatische Aetiologie schafft nicht nur psychische Krankheitsbilder. 6. Die „Schreckneurose" bedarf der schärferen Begriffsbestimmung. Ihre Anerkennung und mehr noch die der Kommotionsneurose involviert auch die der traumatischen Neurose. 7. Das peripherisch angreifende Trauma kann ohne psychische Vermittlung Neurosen hervorbringen; oft tragen aber psychische Vorgänge zu ihrer Fixierung bei. 8. Auch „das freie Intervall" ist kein Beweis gegen die Wirksamkeit des körperlichen Traumas. 9. Die Hyperthermie kann zu den Symptomen der traumatischen Neurosen gehören. 10. Es gibt vasomotorisch-trophisch-sekretorische Störungen bei traumatischer Neurose, die weder hysterischer Natur sind, noch sich aus der Inaktivität und Druckverbänden erklären. Das Zustandsbild kann sich dem der Sklerodermie nähern. 11. Die Zeichen des Hyperthyreoidismus können zum Symptomenbild der traumatischen Neurose gehören. 12. Der Begriff Akinesia amnestica ist ein symptomatischer (etwa wie der der Akinesia algera). Sie kann sich auf dem Boden der Hysterie entwickeln, und ihre Entstehung wird durch die hysterische Diathese begünstigt. In der typischen, von mir geschilderten Ausbildung ist der Zustand kein hysterischer in dem bisher gebräuchlichen Sinn. 13. Die völlige Ausschaltung der Bewegungen, auch unter Bedingungen, die von der Psyche unabhängig sind, verleiht der Akinesia amnestica und Reflexlähmung ihre Sonderstellung gegenüber der Hysterie. Die Grenze zwischen der Akinesia amnestica und Reflexlähmung ist nicht immer eine deutliche, es gibt aber eine Form der letzteren, die der arthrogenen Muskelatrophie nahesteht. 14. Die Rückbildung der Lähmungszustände vom Typus der Akinesia amnestica unter dem Einfluß starker Willensimpulse und peripherer Reize (Methode Kaufmann usw.) steht nicht im Widerspruch zu der ihnen von mir gegebenen Deutung. 15. Die Innervationsentgleisung kommt sowohl bei organischen wie bei funktionellen Lähmungen vor. 16. Die Crampusneurose (Myotonoclonia trepidans) hat innige Beziehungen zur Hysterie, ohne mit ihr identisch zu sein; sie steht etwa auf gleicher Stufe mit den Halsmuskelkrämpfen. 17. Die Verbreitung der Hysterie unter den Kriegsverletzten ist von mir unterschätzt worden. 18. Traumatische Neurosen kommen auch in Lazaretten der Gefangenenlager, wenn auch anscheinend viel seltener wie in anderen gemischten Lazaretten, vor. Die bisher für die Seltenheit versuchten Erklärungen halten z. T. der Kritik nicht stand. 19. Die traumatischen Neurosen vom Typus der Hysterie und Neurasthenie gehören zu den in der Regel heilbaren Nervenkrankheiten. Wie bei allen Neurosen wird ihre Heilung durch die Hoffnung auf und den Willen zur Genesung wesentlich gefördert. Es muß deshalb alles vermieden werden, was den Willen zur Gesundung schwächt und das Haftenbleiben der Krankheit begünstigt. Die Rente ist also im allgemeinen niedrig zu bemessen und die Kapitalsabfindung zu befürworten.

II. **Nonne** (Hamburg): 1. Der Krieg hat bewiesen, daß auch in bezug auf das Nervensystem bisher vollwertige Individuen einen neurasthenischen Symptomenkomplex erwerben können. Die Ansicht über die Neurasthenie als eine Ermüdungskrankheit im weiteren Sinne ist durch die Kriegserfahrungen bestätigt worden. 2. Wenn man die Hysterie dahin kennzeichnet, daß bei ihr Gemütsbewegungen in körperliche Symptome sich projizieren und in Krankheitserscheinungen sich umsetzen, die Gemütsbewegung oft lange überdauernd, so hat der Krieg gelehrt, daß Hysterie auch bei bisher Vollwertigen nicht selten ist. Außerdem hat sich gezeigt, daß katastrophale Ereignisse jene Form der Hysterie in die Erscheinung treten lassen, die in Form von Abwehrbewegungen Reminiszenzen an jedem Individuum angeborene und im normalen Leben latente Schutzmechanismen darstellt. Im übrigen sind häufig die verschiedenen Formen der monosymptomatischen und oligosymptomatischen Hysterie im Sinne Charcots. Die Grenzen zwischen gewissen Formen von Hysterie und Schreckneurose sind keine scharfen. Bei vielen Fällen von Hysterie im Krieg spielt die Art und Wertigkeit des Traumas eine größere Rolle als die Persönlichkeit des Kranken. 3. Die lokalisierten Kontrakturen und Klonismen, die Akinesia amnestica, die Reflexlähmung, Myotonoclonia trepidans (pseudospastische Parese mit Tremor) sind bei den Kriegsfällen überwiegend — nicht immer — als Ausdruck der Hysterie aufzufassen. Die Psychogenie ist in vielen Fällen nachzuweisen, in vielen Fällen nicht auszuschließen. In ihrer klinischen Erscheinungsweise bieten die Kriegsfälle nichts, unseren bisherigen Erfahrungen über Hysterie prinzipiell Widersprechendes. Alle Formen können ohne somatisches Trauma auftreten. 4. Die — schon im Sanitätsbericht des Heeres 1870-71 erwähnte — Auffassung von einer mechanischen Erschütterung der peripheren Nerven und von da ausgehendem Reiz auf die zerebralen oder spinalen Zentren lassen sich nicht beweisen und nicht bindend widerlegen. Plötzliche, auf rein suggestivem Wege erzielte Heilungen sprechen mehr im letzteren Sinne. Partielle funktionelle Lähmungen im Bereich organisch gelähmter Nerven sind aufzufassen zum Teil als funktionelles Fixiertbleiben einer abgeheilten leichten organischen Lähmung, zum Teil ideogen zu erklären. 5. Die alkohologene Form der Hysterie spielt im Krieg nach den bisherigen Erfahrungen nur eine geringe Rolle. Die „Granatexplosions"-Neurosen sind, soweit somatisch-organische Symptome auf neurologischem und psychischem Gebiete fehlen, funktioneller Natur. Länger dauernde Bewußtlosigkeit schließt die Annahme einer funktionellen Grundlage keineswegs aus. Auch die Psychogenie ist durch Eintritt von Bewußtlosigkeit nicht ausgeschlossen. Auch solche Fälle können, auch nach einem Bestehen von vielen Monaten, akut durch irgendeine Form der Suggestion oder „Ueberrumplung" (insbesondere hypnotische Suggestion) geheilt werden, ebenso wie in Hypnose ganz dieselben Formen wieder akut hervorgerufen werden können (Demonstration). Die Umstände vor der Katastrophe spielen in vielen Fällen eine Rolle. Die Annahme organischer Veränderungen irgendwelcher Art im Zentralnervensystem ist für solche Fälle nicht berechtigt. Somatische Traumen sind für die Entstehung auch der schweren klinischen Bilder nicht nötig; akute und chronische psychische Traumen können sie ebenfalls hervorrufen. Auffallend häufig entwickeln sich dieselben Bilder im Krieg nach Infektionskrankheiten und anderen akuten inneren Erkrankungen. 6. „Traumatische Neurose" ist keine besondere Krankheit. Die unter diesem Namen beschriebenen Symptomenbilder sind unterzubringen unter die bisher bekannten Neurosebilder bezw. ihre Kombinationen. Diese Erkrankungsform ist weniger bedingt durch die aus dem Unfall bezw. aus der Verletzung resultierenden direkten Folgen, als durch die in der Persönlichkeit des Verletzten liegenden Eigenschaften und die sich dem „Verfahren" anschließenden Begleitumstände. Die Störungen sind als eine Reaktion des Verletzten auf die durch den entschädigungspflichtigen Unfall für ihn neu geschaffene Situation anzusehen. Ein somatisches Trauma ist für das Auftreten dieser Symptomenbilder keine Vorbedingung. Organische Veränderungen irgendwelcher Art liegen den Symptomenbildern nicht zugrunde. Diese Lehre ist auch praktisch bedenklich, weil eine solche Auffassung die Begutachtung und praktische Bewertung der Unfallsfolgen sowie die wirtschaftlichen Interessen des Staates und die gesundheitlichen Interessen der Erkrankten ungünstig beeinflussen würde. 7. Die Prognose der im Krieg erworbenen Neurosen ist an sich dieselbe wie in Friedenszeiten, erhält aber eine besondere Färbung durch die Verhältnisse des Krieges. 8. Die Therapie ist dieselbe, wie sie sonst geübt wird. Auch hier spielt die Psychotherapie im weitesten Sinne die Hauptrolle. In der Beseitigung von Symptomen leistet die hypnotische Suggestion viel. In der Prophylaxe des Auftretens sowie der Rezidive von Neurosen, sowie für die eigentliche Behandlung der Neurosen bleibt Werte schaffende Arbeit das hauptsächlichste Moment. (Fortsetzung folgt.)

III. Bücherschau.

Einfache, rasche und erfolgreiche Behandlung von Arm- und Beinbrüchen. Von Dr. **Emge.** Mit 23 Abbildungen. München 1916, Verlag der Aerztlichen Rundschau. 39 S. 2 M.

Verf. geht in der Behandlung von Frakturen der oberen und unteren Gliedmaßen, wie er sagt, seine eigenen Wege. Er behandelt die Brüche nicht mit Kontentivverbänden, sondern möglichst ohne Verbände, mittels methodisch ausgeübter passiver und aktiver Bewegungen und mit Massage. Bei komplizierten Brüchen daneben Umschläge mit physiologischer Kochsalzlösung, bei Durchstichfrakturen: Ueberpinseln des Bruchstücks und der Umgebung mit Jodtinktur oder Mastisol, Versenken des Bruchstücks und Okklusivverband. So neu, wie Verf. glaubt, sind die Grundsätze seiner Frakturenbehandlung nicht; die methodische verbandlose Behandlung mittels Massage, aktiver und passiver Bewegungen wurde schon früher von manchem Chirurgen gelehrt. Verfasser gibt in der vorliegenden Schrift genaue Anweisungen für die Behandlung der einzelnen Brüche nach seiner Methode. Er rühmt seinem Verfahren neben anderen Vorzügen die Entbehrlichkeit der mediko-mechanischen Nachbehandlung nach. Inwieweit seine Anschauungen richtig sind, kann nur die Nachprüfung in der Praxis ergeben.

Krieg und Rassenhygiene. Die bevölkerungspolitischen Aufgaben nach dem Kriege. Von **Geza von Hoffmann.** München 1916, J. F. Lehmanns Verlag. 29 S. 0,80 M.

Durch jeden Krieg wird die Volkskraft sehr erheblich geschwächt, indem ein Teil der Tapfersten und Kräftigsten für alle Zeit ausgemerzt und an der Fortpflanzung verhindert wird.

Zumal für den immer noch tobenden Weltkrieg gilt dies sowohl wegen seiner langen Dauer wie auch deswegen, weil bei der Ausdehnung der Wehrpflicht viele Tausende nicht nur körperlich kräftiger, sondern auch intellektuell hochstehender Männer ihr Leben für das Vaterland opfern, wodurch der Nachwelt vielleicht auch ungeahnte geistige Güter unwiderbringlich verloren gehen. Um so mehr müssen nach dem Kriege, wie Verf. auseinandersetzt, die Grundsätze einer gesunden Rassenhygiene Platz greifen, damit unser Volk auch nach dem Kriege sich zu behaupten in der Lage ist. Diese Grundsätze, wie sie von der Deutschen Gesellschaft für Rassenhygiene zur Sicherstellung eines nach Zahl und Tüchtigkeit ausreichenden Nachwuchses aufgestellt wurden, werden in der vorliegenden Schrift in Kürze dargelegt. Im allgemeinen können wir diese Forderungen als bekannt ansehen und verzichten daher darauf, auf Einzelheiten einzugehen. R. L.

IV. Tagesgeschichte.

Standesangelegenheiten. Medizinal-Gesetzgebung, soziale Medizin etc.

Berlin. Der Minister des Innern hat unter dem 6. Oktober d. J. einen **Erlaß betr. Maßnahmen beim Auftreten von Fleischvergiftungen** ergehen lassen. Aus diesem Erlaß heben wir als für die Aerzte wichtig hervor, daß die — nach dem gegenwärtigen Stande unserer Kenntnisse nur durch den Paratypbusbacillus hervorgerufenen — unter dem klinischen Bilde des Unterleibstyphus verlaufenden Fälle von Fleischvergiftung nach § 1 der Anweisung für die Bekämpfung des Typhus vom 10. August 1906 bezüglich der zu ergreifenden Schutzmaßnahmen wie der Abdominaltyphus zu behandeln sind.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Breslau. Dr. Robert Hanser hat sich für pathologische Anatomie und allgemeine Pathologie habilitiert.

Göttingen. Im Alter von 75 Jahren starb hierselbst der seit zwei Jahren im Ruhestande lebende Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Arthur v. Hippel, bis dahin Direktor der hiesigen Universitäts-Augenklinik. Ein Sproß der bekannten ostpreußischen Familie, hatte er sich, seit 1864 Arzt, unter Arlt in Wien und Jacobson in Königsberg als Augenarzt ausgebildet. 1868 habilitiert, wurde er 1874 zum außerordentlichen Professor befördert. 1879 erfolgte seine Berufung auf das Ordinariat der Ophthalmologie in Gießen, von wo er 1890 nach Jacobsons Tode in gleicher Eigenschaft nach Königsberg übersiedelte. Bereits 1892 vertauschte er diesen Lehrstuhl mit dem in Halle, von wo er endlich 1901 nach Göttingen versetzt wurde. Als er vor zwei Jahren sein Lehramt niederlegte, wurde sein Sohn Eugen v. Hippel, bis dahin in Halle, sein Nachfolger.

Cöln. Im Alter von 56 Jahren ist der ordentliche Professor an der Akademie für praktische Medizin Dr. Heinrich Hochhaus, leitender Arzt der inneren Abteilung des Augusta-Hospitals, nach kurzer Krankheit gestorben. Er war Schüler der Kliniker Riess und Fürbringer in Berlin und von 1887 bis 1900 Assistent und Oberarzt unter dem Kliniker Quincke in Kiel. 1889 habilitierte er sich; 1896 erhielt er den Professortitel. In Cöln hat er seit 1900 gewirkt. In Einzelveröffentlichungen und als Mitarbeiter von Sammelwerken hat Hochhaus viele Kapitel der inneren Medizin bearbeitet.

Dresden. Im Alter von 58 Jahren starb der Nervenarzt Dr. Hans Kurella, der besonders als Uebersetzer der Werke Lombrosos bekannt geworden ist. Auch als Herausgeber medizinischer Zeitschriften hat er sich betätigt, ferner begründete er mit Sombart die „Bibliothek für Sozialwissenschaften".

Jena. Dr. Ernst Engelhorn, Privatdozent der Gynäkologie und Geburtshilfe an der Universität Erlangen, der vertretungsweise die hiesige Universitäts-Frauenklinik und Hebammenlehranstalt leitet, hat von der großherzoglich-sächsischen Regierung den Professortitel erhalten.

Lörrach. Medizinalrat Dr. K. Grether ist kürzlich als Opfer einer feindlichen Fliegerbombe während seiner Berufsausübung gestorben.

Prag. Der Ordinarius der Gynäkologie an der deutschen Universitäts-Prof. Dr. Friedrich Kleinhans ist im Alter von 52 Jahren gestorben. Schüler des vor einigen Jahren verstorbenen Prof. v. Rosthorn, war er seit 1899 Privatdozent, seit 1902 außerordentlicher und seit 1908 — als Nachfolger seines Lehrers — ordentlicher Professor.

Basel. Im Alter von 76 Jahren starb hierselbst Prof. Dr. E. Hagenbach-Burckhardt, früher Ordinarius der Kinderheilkunde an der hiesigen Universität.

Zürich. An Stelle des zurückgetretenen Prof. J. Gaule ist Prof. Cloëtta, bisher Inhaber des pharmakologischen Ordinariats, zum ordentlichen Prosessor der Physiologie ernannt worden.

Stockholm. Das Karolinische Medico-Chirurgische Institut hat beschlossen, den diesjährigen **Nobelpreis für Medizin** für das nächste Jahr zurückzustellen. Auch der 1915 zurückgestellte Preis wird nicht ausgeteilt, sondern als besonderer Grundstock für die medizinische Preisgruppe abgesetzt.

Verschiedenes.

Berlin. Die diesjährige Generalversammlung der **Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten**, welche am Sonntag, den 22. Oktober, im Kaiserin-Friedrich-Haus in Berlin stattfand und an der die Präsidenten des Reichsgesundheitsamtes und des Reichsversicherungsamtes, der Ministerialdirektor im Preußischen Ministerium des Innern, Geheimrat Kirchner, und viele andere Vertreter von Behörden teilnahmen, gestaltete sich unter der Leitung des Reichstagsabgeordneten Dr. Struve zu einer stimmungsvollen Trauerfeier für den dahingeschiedenen Vorsitzenden der Gesellschaft, Herrn Geheimrat Neisser, dessen Bild, von Fritz Erlers Hand gemalt, den Hintergrund des Saales schmückte. Professor Blaschko, der langjährige Mitarbeiter Neissers, würdigte die Verdienste des großen Forschers und Arztes, dem die Gesellschaft selbst ja einen großen Teil ihrer Erfolge verdankt. Aus dem Jahresbericht ist hervorzuheben, daß die von der Gesellschaft eingesetzte Sachverständigenkommission eine Reihe von Gesetzesvorschlägen ausgearbeitet und dem Reichstag als Material übersandt hat, welche schon während des Krieges eine wirksame Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten ermöglichen sollen. Außer einer gründlichen Umgestaltung des bisherigen Systems der Prostitutionsüberwachung verlangt die Gesellschaft vor allem die Einreihung der Geschlechtskrankheiten in das Reichsseuchengesetz, die Bestrafung solcher Personen, die, obwohl sie wissen, daß sie krank sind, andere der Gefahr einer Ansteckung aussetzen, spezialärztliche Prüfung der Aerzte im Staatsexamen, Verbot der Behandlung Geschlechtskranker durch Nichtapprobierte, Verbot des öffentlichen Sichanbietens zur Behandlung, sowie der brieflichen Behandlung Geschlechtskranker, Einführung der Sexualpädagogik als Lehrfach auf Seminaren und Hochschulen. Darnach sprach Dr. Hahn aus Hamburg über das neue System der Beratungsstellen. Er führte ungefähr folgendes aus: Gegen die auf Anregung des Reichsversicherungsamtes durch die Landesversicherungsanstalten in ganz Deutschland errichteten Fürsorgestellen sind eine Reihe von Bedenken erhoben worden, wie der Hinweis auf die dem Arzt nach § 300 StrGB. obliegende Schweigepflicht. Eine Verletzung derselben kann nach Ansicht des Vortragenden nicht in Frage kommen. Juristisch ist die Frage wiederholt entschieden, so von dem Badischen Oberverwaltungsgericht, bei verschiedenen Gelegenheiten von der Kommission des Reichstags bei der Aussprache über die Tragweite der §§ 141 der RVO. und 300 des StrGB. Dabei wurde ausgeführt, daß täglich von Aerzten Mitteilungen über Kranke an die Versicherungsämter gemacht werden, die nicht als unbefugte im Sinne des § 300 gelten können. Es kann also nicht angenommen werden, daß ein Arzt seine Pflicht verletzt, wenn er dem zuständigen Versicherungsträger von Fällen von Geschlechtskrankheiten Kenntnis gibt. Ein weiteres Bedenken ist, daß die Fürsorgestelle als eine Zwischeninstanz zwischen Arzt und Patient das erforderliche Vertrauen stört. Gerade das Gegenteil ist der Fall. Durch die Fürsorgestelle werden Patienten, die sonst den Arzt nicht aufsuchten, dem Arzte wieder zugewiesen. Die weitere Behauptung, Patienten würden, um nicht kontrolliert zu werden, den Kurpfuschern zulaufen, widerlegt die Beobachtung. Die Patienten empfinden es sehr angenehm, kostenlos über ihre Krankheit von dem Arzte Mitteilung zu erhalten. Gerade dem Kurpfuschertum wird durch die Fürsorgestelle energisch Abbruch geschehen. In Hamburg haben die Patienten sich ausnahmslos gern beraten lassen. Man hat in ausgiebiger Weise die Patienten auf die Beratungsstellen vorbereitet und in den Krankenabteilungen, in den Bureauräumen der Kassen überall hinweisende Plakate angebracht, so daß den Patienten die Aufforderung der Beratungstelle nicht überraschend kam. Die Notwendigkeit der Hamburger Beratungsstelle mag daraus ersehen werden, daß in diesen Tagen die Räume und Hilfskräfte vermehrt werden mußten. Die anschließende Diskussion gestaltete sich sehr lebhaft. Am Schluß wurde zum Vorsitzenden der Gesellschaft Prof. Blaschko, zum Generalsekretär Prof. Felix Pinkus (Berlin) gewählt.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: San.-Rat Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50. Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil S. Caspari, Berlin-Schöneberg.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW. 68, Alexandrinenstraße 110.

85. Jahrgang **Berlin, 11. November 1916** **No. 46**

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7 a — Fernsprecher Steinplatz 105 56

85. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W. 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Referate.

Prof. **H. Strauss** (Berlin): **Ueber Salzersatzmittel bei der Ernährung von Nephritikern.** (Die Therapie der Gegenwart, August 1916.)

Seitdem die akuten Nephritiden bei den kämpfenden Truppen häufiger geworden sind, ist an Verf. aus Lazaretten eine ganze Reihe von Anfragen bezüglich der salzarmen Ernährung, insbesondere hinsichtlich eines zweckmäßigen und billigen „Salzersatzes“ gelangt. Schon in seinen früheren Arbeiten hatte Verf. darauf hingewiesen, daß man als „Salzersatz“ gewisse pflanzliche Würzstoffe benutzen soll, wie sie in Spargel, Blumenkohl, Tomaten, Pilzen und ähnlichen Bodenprodukten enthalten sind, doch hat die Benutzung dieser pflanzlichen Würzstoffe nach der quantitativen Seite eine Grenze. Späterhin hatte Verf. dann für den gleichen Zweck auch die Aufmerksamkeit auf das Bromnatrium gelenkt. Aber auch von diesem kann man nur begrenzte Mengen verabreichen, wenn man nicht seine sedative Wirkung in Kauf nehmen will. In der vor zwei Jahren erschienenen zweiten Auflage seiner „Praktischen Winke für die chlorarme Ernährung“ fügte Verf. den genannten Surrogaten das ameisensaure Natrium hinzu. Er empfiehlt die Verabreichung einer Dosis von täglich 2 bis 4 g ameisensaurem Natrium als „Salzersatz“. Neuerdings hat Verf. nun auch das milchsaure Natrium in den Kreis seiner Untersuchungen gezogen und auch dieses als Ersatz für Kochsalz brauchbar gefunden, wenn es auch in seiner „Würzkraft“ ganz erheblich hinter derjenigen des ameisensauren Natriums zurücksteht. Verf. hat einzelnen Personen Dosen von 10 g und mehr pro die verabreicht und dabei keine Schädigungen beobachtet. Soweit der Stoffwechsel in Frage kommt, sind solche auch von vornherein nicht zu erwarten, da das milchsaure Natrium durch Oxydation in kohlensaures Natrium verwandelt wird, ein Vorgang, der auch für das ameisensaure Natrium zutrifft. Da beide Präparate nicht kostspielig sind (100 g milchsaures Natrium kosten im Großbezug etwa 50 Pfg.), so hält Verf. es im Interesse unserer in den Lazaretten befindlichen Nephritiker für geboten, auch weitere Kreise für die hier erwähnten Salzersatzstoffe — und zwar namentlich für das ameisensaure Natrium — zum Zwecke der Durchführung einer salzarmen Ernährung zu interessieren. Besteht doch die Aufgabe der salzarmen Ernährung nicht bloß darin, den Patienten das Salz zu entziehen, sondern ihnen trotz Entziehung des Salzes auch eine schmackhafte Nahrung zu reichen. Allerdings ist die „Würzkraft“ der beiden hier besprochenen organischen Salze erheblich geringer als diejenige des Kochsalzes. Infolgedessen müssen vom ameisensauren Natrium und ganz besonders vom milchsauren Natrium erheblich größere Quantitäten gewonnen werden, als es bei der Benutzung der „Würzdosis“ des Kochsalzes nötig ist. Für strenge Formen der Kochsalzentziehung empfiehlt es sich, das erheblich stärker salzende ameisensaure Natrium ganz allgemein dem milchsauren Natrium vorzuziehen. Schließlich weist Verf. darauf hin, daß er schon in seiner ersten Arbeit neben der diätetischen Chlorentziehung auch die medikamentöse Chlorentziehung als wichtig betont hatte und daß er für diesen Zweck die Theobrominpräparate besonders empfahl.

Prof. Dr. **M. Grossmann** (Wien): **„Coryfin“ als Heilmittel und Adjuvans.** (Wiener med. Wochenschr., 1916, No. 40.)

Verf. macht auf einige Zustände aufmerksam, bei denen er in den letzten Jahren das Coryfin mit zum Teil glänzenden Resultaten angewendet hat bei Krankheiten, bei denen dieses Mittel bisher nicht erprobt wurde. Bei Neuralgie des 1. und 2. Astes des N. trigeminus, bei Tic douloureux versucht Verf. seit mehreren Jahren, ehe er zu energischeren Mitteln — galvanokaustische Aetzung einzelner Nasenmuscheln, Neurotomie — schreitet, regelmäßig vorerst das Coryfin. Ein mit dem Mittel imprägnierter kleiner Wattetampon wird auf die mittlere Muschel beiderseits aufgelegt. Verf. wählte diese Stelle aus dem Grunde, weil die Endfasern des Quintus hier sehr zahlreich vorkommen, glaubt aber, daß auch andere Stellen der Nasenhöhle für die Applikation des Coryfins die gleiche Eignung haben. Nach 1—2 Stunden erneuert Verf. den Tampon, unter allen Umständen aber, selbst nach verhältnismäßig ganz kurzer Zeit, falls das Kältegefühl geschwunden ist. Diese Prozedur ist mindestens 1—2 Tage selbst dann fortzusetzen, wenn die Schmerzanfälle vollständig aufgehört haben. Sehr wertvolle Dienste leistete das Coryfin beim nasalen Asthma. Durch jedwede Reizung der Nasenschleimhaut beziehungsweise des 2. Trigeminusastes wird eine funktionelle Schädigung des Herzens und in weiterer Folge eine Blutstauung in den Lungengefäßen hervorgerufen. Die Stauung des Blutes im kleinen Kreislaufe bedingt in allen Fällen ein Atmungshindernis, welches mit der Rapidität des Entstehens und dem Grade der Blutüberfüllung der Lungengefäße plötzlich auftreten und sich intensiv geltend machen kann. Tatsache ist, daß nach Beseitigung gewisser krankhafter Zustände der Nase die asthmatischen Anfälle wie auf einen Zauberschlag verschwinden. A priori können wir nie mit Bestimmtheit sagen, ob im gegebenen Falle das Asthma nasalen Ursprungs sei, insbesondere dann nicht, wenn wir weder eine Neubildung, noch irgendeine auffallende endonasale Krankheit vorgefunden haben. Für eine derartige differentialdiagnostische Entscheidung erscheint Verf. das Coryfin von unschätzbarem Werte. Durch seine lokalanästhesierende Wirkung wird der etwa bestehende Reizungszustand in der Nase in wenigen Sekunden beseitigt, es muß demnach auch der Folgezustand, das Asthma, wenn es tatsächlich endonasalen Ursprungs ist, in derselben kurzen Spanne Zeit aufhören. Bei negativem Erfolge ist der angenommene Kausalnexus mit Sicherheit nicht mehr aufrechtzuerhalten. Bei positivem Resultate hingegen wird das Coryfin nicht allein zur Feststellung der Diagnose „nasales Asthma“, sondern auch zur sofortigen Beseitigung der quälenden Atemnot beitragen. Schließlich hebt Verf. noch hervor, daß er das Coryfin auch in einigen Fällen von Pemphigus der Mund-, Rachen- und Nasenhöhle mit Erfolg angewendet hat. Das Betupfen der von den geplatzten Blasen herrührenden Geschwüre mit Coryfin hat zunächst den Fötor beseitigt und zur Heilung dieser Geschwüre ganz bestimmt wesentlich beigetragen.

Prof. Dr. **Franke**, z. Z. stellvertr. Direktor der chir. Universitätsklinik zu Rostock: **Serumbehandlung des Erysipels.** (Zentralblatt f. Chir., 1916, No. 32.)

Nicht die Antistreptokokkenserumbehandlung, sondern Einspritzungen mit normalem Pferdeserum empfiehlt Verf. zur Behandlung des Erysipels. Anfangs mit 10 ccm beginnend, ging Verf. bald zu 30 ccm über und gab zuweilen bei vorgeschrittenen Fällen auch mehr, und zwar intravenös, intramuskulär und subkutan. Der Erfolg ist meist ganz verblüffend. Nach 24 Stunden fällt die Temperatur ab, die Erysipelinfektion der Haut geht nicht weiter. Ausnahmen kommen vor, sind aber ganz selten. Die Behandlung ist das sicherste Mittel gegen Erysipel, das Verf. kennen gelernt hat. Es ist ungefährlich, frei von schädlichen Nebenwirkungen und sehr billig.

Privatdozent Dr. **W. Capelle**, Oberarzt der chir. Klinik Bonn: **Erysipelbehandlung mit künstlicher Höhensonne.** (Zentralblatt f. Chir., 1916, No. 32.)

Verf. belichtete speziell den fortschreitenden Erysipelrand mit Einschluß seiner noch freien Nachbarschaft. Die Beobachtung der Temperaturkurve wie das Verhalten des lokalen Prozesses unter der Quarzlichtbehandlung haben ihm den Eindruck gebracht, daß letztere auf das Erysipel Wirkungen ausübt, wie sie mit allen bisherigen Maßnahmen auch nicht annähernd erreicht werden. Der bislang gewonnene Eindruck ist so vielversprechend, daß Verf. die Weiterprüfung dieser Versuche dringend empfiehlt, und zwar mit einer täglichen Lichtdosis von ca. 10 Minuten Dauer als Beginn, da kleinere Dosen unsicher scheinen. Hautschäden hat Verf. auch im Bereich der stärksten Erysipelreaktion nicht gesehen.

Dr. **Franke**, Stabsarzt, Privatdozent f. Chir. (Heidelberg): **Ueber die Behandlung alter Knochenfisteln.** (Berl. klin. Wochenschr., 1916, No. 39.)

An einem ausgedehnten Material von bisher über 100 Fällen hat sich Verf. als einzig zuverlässiger Weg die Verfolgung sämtlicher Fistelgänge unter Leitung des Auges erwiesen. Auskratzungen der Fistel mit dem scharfen Löffel oder aber Spalten und Austasten mit dem Finger sind sehr unzuverlässig, insbesondere läßt das Tastgefühl auch den Geübten oft im Stich. Sämtliche Fälle wurden ohne Blutleere operiert, und nie erlebte Verf. dabei nennenswerte Schwierigkeiten. Umstechung einiger weniger spritzenden Gefäße und im übrigen kurzdauernde Kompression während der Operation in der Wunde hielt die Blutung auf einem die Uebersicht nicht störenden Umfang. Die Hautschnitte werden im Anfang nicht zu groß angelegt und Schritt für Schritt erweitert, je nachdem es sich nötig erweist. Die nach der Entfernung aller Sequester zurückbleibenden Höhlen im Knochen wurden, wenn irgend möglich, durch Abmeißeln der Ränder zu flachen Mulden umgebildet, in der Nähe der großen Gelenke aber, beispielsweise in den Kondylen des Oberschenkels oder aber am Trochanter major, war hier und da die Bildung flacher Knochenmulden nicht möglich, und in diesen Fällen wurde die Höhle versorgt mit gestielten Muskellappen oder gestielten Hautlappen, denen das subkutane Fett anhing. Wichtig für den Patienten ist die Art der Anästhesie. Die Leute sind im Laufe der Behandlung in einer großen Reihe von Fällen zahlreichen Narkosen unterworfen worden. Sie fürchten diese unangenehme Situation häufig mehr als den Eingriff, und für den Herzmuskel sind außerdem zahlreiche Narkosen in kürzerer Zeit gewiß nicht gleichgültig. Deshalb hat Verf. in möglichst weitgehendem Maße die Lokalanästhesie verwandt. Die Hand hat er anästhesiert durch Einspritzung an den Nervus medianus zwischen der Sehne des Musc. flexor carpi radialis und palmaris longus. Den Nervus ulnaris trifft man unter der Sehne des Musc. flexor carpi ulnaris; beide etwas oberhalb des Handgelenks. Der Hautast des Nervus radialis wird durch ein subkutanes Depot an der Dorsal- und Daumenseite des Vorderarms, daumenbreit oberhalb des Handgelenks ausgeschaltet. Für Operationen am Vorder- und Oberarm hat Verf. die Plexusanästhesie nach K u h l e n k a m p f angewandt. Unterschenkelsequestrotomien waren vollständig schmerzlos nach Umspritzung des entsprechenden Hautbezirkes und gleichzeitiger Infiltration des Periostes der Tibia einige Fingerbreit oberhalb der Fraktur. War auch die Fibula beteiligt, so wurde gleichzeitig ein Depot an den hinter der Bicepssehne etwas oberhalb des Köpfchens der Fibula leicht palpablen Nervus peroneus gesetzt. Verwendet wurde 1 proz. Novocainlösung und nur bei der Plexusanästhesie 2 proz. So blieb die Narkosse fast ausschließlich den Fisteln am Knie, Oberschenkel und Becken vorbehalten, sofern es sich um tiefliegende Herde handelte.

K r.

II. Verhandlungen ärztlicher Gesellschaften.

Aus der Kriegstagung der Gesellschaft Deutscher Nervenärzte.

M ü n c h e n, 22. und 23. September 1916.

(Bericht der „Vereinigung d. deutschen med. Fachpresse".)

(Fortsetzung.)

III. **Gaupp** (Tübingen). In Uebereinstimmung mit N o n n e erweitert Vortr. den Begriff „Kriegsverletzungen" zu „Kriegsbeschädigungen". Eine besondere Kriegsneurose gibt es ebensowenig wie eine besondere traumatische Neurose. Die in der Literatur zutage tretenden Gegensätze und Mißverständnisse rühren hauptsächlich von unklarer Begriffsbestimmung, von verschiedenem Gebrauch medizinischer Begriffe her. Es ist deshalb eine kurze Definition der neurologischen Grundbegriffe in bezug auf die Neurosen vorauszuschicken.

Organische Erkrankung heißt jede anatomisch nachweisbare krankhafte Veränderung des Nervensystems; im Gehirn und Rückenmark ist die organische Erkrankung in der Regel gleichzeitig auch eine unheilbare Erkrankung, weil das Zentralnervensystem zum Unterschied von den peripheren Nerven keine nennenswerte Regenerationskraft besitzt. Funktionelle Erkrankung heißt die anatomisch nicht oder noch nicht nachweisbare Krankheit, deren materielle, physikalisch-chemische Grundlage unbekannt ist. Der Kreis des Funktionellen verengert sich mit dem Fortschritt der hirnpathologischen Forschung (vgl. die Epilepsie, die Paralysis agitans, die Chorea). Die funktionellen Erkrankungen sind in der Regel die leichteren, nicht unheilbaren, die ihnen zugrunde liegenden Hirnvorgänge sind meist ausgleichsfähig, führen nicht zum anatomischen Zerfall, nicht zum klinischen Defekt. (Die Begriffe „molekular", „mikroorganisch", „mikrostrukturell" sind entbehrliche Hilfsbegriffe.) Neurosen heißen die funktionellen Erkrankungen des Nervensystems, gleichgültig, ob körperlicher oder seelischer Herkunft. Vergiftungen, deren anatomische Grundlage noch unbekannt ist (z. B. Strychninvergiftung) sind theoretisch auch Neurosen, werden aber praktisch nicht mehr dazu gezählt, weil bei ihnen anatomische bezw. chemische Veränderungen der Hirnsubstanz als selbstverständlich angesehen werden. Ein Teil der Neurosen ist seelisch verursacht, nicht bloß seelisch ausgelöst, also psychogen. Die Wege der Wirkung des Seelischen auf das Körperliche sind unbekannt und letzten Endes unerkennbar. Die Betrachtung dieser Wirkungen unter Anwendung anatomisch-physiologischer Terminologie kann einen gewissen heuristischen Wert haben, vermittelt aber keine endgültige Erkenntnis. „Hirnmythologie" und „Molekularmythologie" können verwirren und das Verständnis des Sachverhaltes erschweren. Ein Teil der psychogenen Krankheitszustände ist hysterisch. Es gibt keine Krankheitseinheit Hysterie, aber eine Form der psychischen Reaktion, die hysterisch heißt. Der Begriff „hysterisch" ist von G. in der Zeitschrift für die ges. Neurologie und Psychiatrie, Band 5, Heft 4, S. 457, umschrieben worden und wird hier nur in diesem Sinne gebraucht.

Schreckneurose: psychogener Komplex körperlicher und seelischer Symptome, bei dem es sich um starke Ausprägung der körperlichen und seelischen Wirkungen des Schreckens handelt. Diese Wirkungen tragen zum großen Teil typisch hysterische Züge in Form zeitlich und qualitativ abnormer Wirkung des Seelischen auf den Körper und Abspaltung seelischer Komplexe von der Geschlossenheit des Bewußtseins.

Neurasthenie: die durch chronische Ermüdung und Erschöpfung entstehenden körperlichen und seelischen Symptome von seiten des Nervensystems im Sinne der Lehren von M ö b i u s und K r a e p e l i n (also erworbene Erkrankung). Nervosität, Zwangsneurose und Psychopathie sind angeborene Abweichungen der seelischen Struktur, die sich jedoch im Leben verschlimmern und weiter entwickeln können.

Emotionell oder thymogen: Wirkung starker Gefühle und Affekte auf Körper und Psyche. Die Wirkungsweise ist unbekannt.

Ideogen: Das Symptom trägt in seiner klinischen Form Kennzeichen, daß bewußtes oder halbbewußtes Seelenleben (sogenannte „gefühlsbetonte Vorstellungen") bei seiner klinischen Gestaltung mitgewirkt hat (z. B. Armlähmung nach Handschuß).

Granatkontusion (W o l l e n b e r g: „Granatkommotion") ist identisch mit der allgemeinen „Granatexplosionsstörung des Nervensystems" und von unmittelbarer Granatverletzung und natürlich auch von der „Hirnkontusion" prinzipiell zu trennen.

Comotio cerebri, Contusio cerebri, Compressio cerebri im Sinne der bekannten hirnpathologischen Lehren. Traumatische Gehirnerkrankung, traumatische Geisteskrankheit, traumatische Demenz, traumatische Invalidität des Gehirns sind organische Folgeerscheinungen allgemeiner oder umschriebener Hirnschädigung.

Affektepilepsie, reaktive Epilepsie, psychasthenische Anfälle, emotionell ausgelöste, also psychogene allgemeine Krämpfe oder Absenzen vom klinischen Aussehen der genuin-epileptischen Anfälle.

Die Zahl der Kriegsneurosen ist zurzeit noch relativ gering, absolut nicht unbeträchtlich. Genaue Zahlen vor Kriegsabschluß unmöglich. Der Deutsche ist etwas weniger anfällig als der Slawe und Romane. Gewisse Unterschiede auch unter den einzelnen Stämmen Deutschlands. Massive monosymptomatische Formen namentlich bei jungen, ungebildeten, debilen Personen. Die klinische Symptomatologie wird fast überall gleich geschildert. 1. Die Ermüdung und Erschöpfung des Nervensystems, die Neurasthenie. Körperliche und seelische Ursachen, tiefe Wirkung auf den gesamten Körperhaushalt, auf einzelne Organsysteme (Neur. cordis, vasomotoria, Magenneurose usw.). Nahe Beziehung zu vorangegangenen körperlichen Krankheiten, Infektionen, Alkohol- und Tabakmißbrauch. Auftreten um so rascher und um so schwerer, je geringer die angeborene Widerstandskraft, je schwächer die psychophysische Konstitution ist. Häufige Vermischung mit Symptomen der psychopathischen Konstitution. Prognose der im ganzen seltenen Krankheit gut, aber keine Schnellheilung wie bei psychogenen Zuständen. Wesen der zugrunde liegenden physikalisch-chemischen Veränderungen ungeklärt. Die Annahme besonderer, für die Krankheit absolut kennzeichnender Symptome (Kopfschmerzen, Schwindel, Schlafstörung, dauernde Tachykardie, Steigerung der Sehnenreflexe, depressive Stimmung usw.) wird abgelehnt. Die klinische Bedeutung des Einzelsymptoms wird nicht durch seine Einzelform, sondern durch die Pathogenese des ganzen Zustandes (erworbene Erschöpfung, akuter Affekt, psychopathische Konstitution, postkommotionelle Schwäche) bestimmt. Das akute seelische oder körperliche Trauma macht bei dem bisher gesunden Manne keine Neurasthenie, kann aber bei dem bereits Erschöpften die Erscheinungen akut verstärken und die Leistungsfähigkeit aufheben. 2. Die körperliche und seelische Reaktion des Psychopathen auf die körperlichen und seelischen Strapazen des Krieges. Die übliche Statistik der Erblichkeit und Belastung ist unbrauchbar. Die angeborene psychophysische Struktur des Soldaten ist die wichtigste Ursache neurotischer Erkrankung. Der gemütsweiche und labile, vor allem der ängstliche Psychopath ist am meisten gefährdet. Die Symptomatologie besteht meist in einer Verbindung psychopathischer (oft hysterischer) Züge mit neurasthenischen Zutaten. Angeborene Reaktionsweise (paranoide, explosive, hypochondrisch-depressive Anlage) kann sich verstärken, die Neigung zu seelischer Dissoziation (Dämmerzustände) ist auch ohne akute Schädigung groß. Die psychiatrische Analyse des Einzelfalles weist die psychopathische Grundlage der meisten neurotischen Erkrankungen im Kriege auch da häufig nach, wo die übliche Erhebung der Anamnese versagt. 3. Die akuten psychogenen und hysterischen Zustände. Massigkeit der hysterischen Symptome, Ueberwiegen der motorischen Expressivsymptome. Kurze Uebersicht über die klinische Symptomatik auf körperlichem und seelischem Gebiet. Die Bedeutung der prämorbiden Persönlichkeit auch hier unverkennbar. Der flüchtige schreckneurotische Symptomkomplex als Ausdruck ungewöhnlich starker seelischer Erschütterung und die Fixation der Symptome unter dem Einfluß des Willens zur Krankheit, der ängstlichen Spannung und Erwartung. Die Gleichartigkeit der schreckneurotischen Bilder nach akutem schweren Shok (Minenexplosion, Granatexplosion, Verschüttung, Granatsplitterverletzung, Kopfstreifschuß) und nach subakuter Einwirkung seelischer Erregungen (Einstellung zur Truppe, Ausbildung, Fahrt zur Front, erster Tag im Schützengraben, Ansage des Sturmangriffs, Vorgehen zum Sturm, Anblick schwerverletzter oder toter Freunde und Kameraden). Die allmähliche Entwicklung vieler neurotischer Zustände in den Stunden, Tagen und Wochen nach dem akuten Shok, auf dem Weg zur Heimat, im Heimatslazarett, unter der Einwirkung ärztlicher Fehldiagnosen, falscher Behandlung, Angst vor erneuter Dienstleistung, Erinnerung an die Felderlebnisse. Die mechanische Erschütterung wird bei den Neurosen nach Granatexplosion oft überschätzt. Die Explosion kommt meist nicht so überraschend, daß zu einer seelischen Wirkung auf den Betroffenen keine Zeit wäre. Das nahende Geschoß wird meist vorher gehört. Schutzmaßregeln können sogar noch manchmal getroffen werden. Angstvolle Spannung geht der Explosion und daran sich anschließenden Bewußtlosigkeit in der Regel voraus. Die Bewußtlosigkeit ist häufiger eine psychogene Ohnmacht als eine mechanogene Commotio cerebri. Natürlich kommt aber auch diese vor. Anfangs oft organische Veränderungen (Commotio, Contusio und Compressio, Monoplegien, Hemiparesen, Trommelfellrupturen, Labyrintherschütterung, Commotio medullae spinalis), manche dieser Störungen ist unheilbar, andere heilen rasch, wenn keine psychogenen Störungen hinzutreten. Die Mehrzahl der klinischen Bilder ist rein psychogen: sehr häufig ist ein flüchtiger schreckneurotischer Komplex, der in der Ruhe rasch abklingt (Zittern, Schwäche der Beine, Spracherschwerung, Lachen und Weinen, dumpfe Apathie). Häufig fixieren sich die akuten schreckneurotischen Bilder; oft kombinieren sie sich mit ideogenen hysterischen Symptomen. Die Abtrennung der Schreckneurose von der Hysterie ist eine Frage der Definition. Die „Akinesia amnestica", die „Reflexlähmung", die „Myotonoclonia trepidans" sind psychogene Zustandsbilder. Bei der Hysterie finden sich alle Grade der Lähmung, von der leichten, eben noch dynamometrisch nachweisbaren Parese bis zur absoluten schlaffen Lähmung mit vasoparalytischen und trophischen Begleitsymptomen. Die tiefe Wirkung des Psychischen auf die Körperlichkeit teilt die Hysterie mit der Hypnose. Die Heilung ist auf dem Weg akuter seelischer Beeinflussung möglich. Die Kriegsneurotiker sind meist unverwundet; die gegenteilige Behauptung O p p e n h e i m s wird durch die Erfahrungen an sehr großem Material absolut sicher widerlegt. Die Kriegsneurosen sind bei den Kriegsgefangenen, auch wenn sie schwer verschüttet waren, selten. Es besteht bei ihnen, namentlich da, wo Austausch nicht in Frage kommt, ein positiver Wille zum Gesundbleiben, weil dieses Gesundbleiben für sie die wichtigste Voraussetzung für die Erfüllung ihres liebsten Wunsches, der Rückkehr in die Heimat, darstellt. Die Determinierung der jeweiligen Symptome der akuten psychogenen Zustände ist vielseitig: Fortdauer der akuten Schreckwirkungen, Wiederaufleben früherer neurotischer Symptome (z. B. Aphonie, Stottern, Tic), familiäre Anlage zu bestimmten Reaktionen, Bereitliegen gewisser biologisch vererbter Abwehrmechanismen im Sinne der Kraepelinschen Hysterielehre. Festhalten einer im Moment des Schreckens eingenommenen Haltung, Verfall in offensichtliche Zustände der Hilflosigkeit, in Infantilismus, Puerilismus, Agrammatismus, Aufpfropfung massiver Symptome auf bestehende leichtere Uebel, so der Taubstummheit und Taubheit auf alte Otitis oder organische Schwerhörigkeit, des Mutismus auf Stottern, Nachwirkung erst kurz vorher durchgemachter Krankheit (Pseudotetanus nach früher durchgemachtem Tetanus), Fixation bestimmter Haltung nach anfänglichen Schmerzen durch Kontusion usw. Dazu kommen manchmal unbestimmtere, der schon vorher bestehenden nervösen Erschöpfung entstammende Beschwerden, die dann mit den hysterischen Symptomen das Bild der sogenannten „Hysteroneurasthenie" ausmachen. Symptomfixierend und variierend wirken auch ärztliche Ratschläge und Fehldiagnosen, falsche Behandlung mit orthopädischen Apparaten. 4. Die sogenannte „Kommotionsneurose" bleibt außer Betracht, sie ist keine Neurose, sondern ein organisches Hirnleiden, dessen klinische Symptome sich freilich namentlich in leichten Fällen nicht immer von neurasthenischen und hysterischen Bildern unterscheiden lassen. Auch kann die organische Invalidität des Gehirns wie jeder geistige Schwächezustand (Imbezillität, Sklerose, Alkoholismus, beginnende Dementia praecox usw.) dem Auftreten psychogener Symptome den Weg bahnen. Die Frage der Simulation ist während des Krieges nicht öffentlich zu besprechen. Man geht heute in ihrer Ablehnung vielleicht eher zu weit. Die Prognose der kriegsneurotischen Zustände hängt hauptsächlich von der prämorbiden Persönlichkeit, ihrem Charakter und ihrer seelischen Stellungnahme zum Krieg, vom Ort und von der Behandlung, von der Dauer des Krieges, der Gestaltung des Arbeitsmarktes und der Lösung der Renten- und Abfindungsfragen ab. Die Wege der Heilung sind zahlreich. Langsame und brüske Beseitigung der hysterischen Symptome, Einfluß der militärischen Disziplin und Autorität. Heilwirkung des Schreckens. Die Erfahrungen des Rückfalls. Grenzen unseres Einflusses bei der Frage der Wiederkehr der Dienstfähigkeit. Notwendigkeit der Beseitigung von Dauerrenten. Abfindung oder zeitlich begrenzte automatisch endigende Gewöhnungsrente. Der Heilwert der Berufsarbeit.

III. Bücherschau.

Orthopädisch-gymnastische Uebungen für Einzel- und Massen-Nachbehandlung Verletzter. Von **Wilhelm Hacker**, Kgl. Turnlehrer, Leiter der orthopädisch-gymnastischen Uebungen an der Kgl. Universitätspoliklinik und im mediko-mechanischen Ambulatorium München. München 1916, Verlag der Aerztl. Rundschau (O t t o G m e l i n). 94 S. 2,50 M.

Die moderne Chirurgie erstrebt bei der Behandlung der Verletzungen in erster Linie nicht die anatomische Wiederherstellung, ebenso großen Wert mißt sie der Wiederherstellung resp. Erhaltung der Funktion bei. Dieser Gesichtspunkt beherrscht schon die eigentliche Heilbehandlung, welche von vornherein so zu gestalten ist, daß die funktionelle Schädigung des verletzten Teiles möglichst gering ausfällt; noch mehr dominiert er in der Periode der Nachbehandlung, welche ausschließlich der funktionellen Wiederherstellung des verletzten Gliedes gewidmet ist. Hier sind neben den gebräuchlichen mediko-mechanischen Apparaten orthopädisch-gymnastische Uebungen von Bedeutung. Die letzteren haben den Vorzug, daß sie be-

sondere Kosten nicht verursachen. Vorliegendes Buch gibt eine methodisch und systematisch durchgearbeitete Anleitung für derartige Uebungen, erläutert durch zahlreiche Abbildungen. Die Schrift, der Dr. Franz Schede, Arzt der Kgl. orthopädischen Universitätspoliklinik in München, ein Geleitwort auf den Weg gibt, sei der Beachtung aller Kollegen empfohlen, denen die Behandlung von Kriegsverletzten anvertraut ist.

Kurze Anleitung zur Verhütung von Gelenkversteifungen, Dekubitus und Herzschwäche bei unseren Schwerverwundeten. Von Sanitätsrat Dr. **G. Bonne**, Oberstabsarzt. Mit 22 Abbildungen im Text. Jena 1916, Verlag von Gustav Fischer. 28 S. 1 M.

Die Behandlung unserer Kriegsverletzten stellt den in den Lazaretten tätigen Aerzten so zahlreiche und häufig schwierige Aufgaben, daß wir jedem Kollegen dankbar sein müssen, welcher aus dem Schatz seiner Erfahrungen zum Nutzen der Gesamtheit Mitteilungen macht. In diesem Sinne begrüßen wir vorliegende Abhandlung, in welcher der Verfasser die von ihm in der Friedens- und Kriegspraxis bei der Behandlung der schweren Extremitätenverletzungen angewendeten Methoden in anschaulicher Weise beschreibt. Sein Hauptziel dabei ist es, die verletzten Glieder nach Möglichkeit funktionsfähig zu erhalten, wobei vor allem die Versteifungen der Gelenke und die Atrophierung der Muskulatur zu verhüten ist. Eine Anzahl guter Abbildungen ergänzt die Darstellung. Die Schrift wird den im Dienste der Kriegsverletzten tätigen Kollegen manche wertvolle Anregung bieten. R. L.

IV. Tagesgeschichte.

Standesangelegenheiten, Medizinal-Gesetzgebung, soziale Medizin etc.

Berlin. Der pessimistischen Auffassung, die in diesen Blättern über den Wert des **Berliner Abkommens** sofort nach seinem Zustandekommen (Dezember 1913) vertreten wurde, scheint leider die Entwicklung der Dinge Recht geben zu wollen. Die Hauptverbände der Krankenkassen haben eine Erklärung erlassen, in der sie zwar theoretisch ihre Bereitwilligkeit, das Abkommen aufrecht zu erhalten, aussprechen, und auch zur Entrichtung des 5 Pf.-Zuschlags für Nothelferabfindung auffordern, in der sie aber andererseits Forderungen aufstellen, die von der Aerzteschaft nicht zugegeben werden können. U. a. wird der an den meisten Orten eingeführte Gebrauch, das Gesamthonorar an die Aerztevereinigungen zu bezahlen zur Verteilung an die einzelnen Aerzte, als verwerflich erklärt; ferner verlangen sie paritätische Besetzung aller Ausschüsse, auch solcher rein ärztlicher Art, wie Arzneimittel-, Nachuntersuchungskommissionen usw. Vor allem aber sollen keine Kollektivverträge mit ärztlichen Vereinigungen, sondern nur Einzelverträge abgeschlossen werden. Sollten die Krankenkassen mit ihren Forderungen durchdringen, so wären die Errungenschaften eines zwanzigjährigen Kampfes für die Aerzteschaft wieder verloren. Geschäftsausschuß des Aerztevereinsbundes und Vorstand des Leipziger Verbandes haben daher die friedenstörende Kundgebung der Kassen sofort mit einer Erklärung beantwortet, in der sie die Aerzte warnen, sich einschüchtern und davon abhalten zu lassen, die Anerkennung der von der deutschen Aerzteschaft auf allen deutschen Aerztetagen aufgestellten Vertragsbedingungen zu fordern.

Münster. Der kommand. General des VII. Armeekorps hat unter dem 16. September d. J. eine neue sehr eingehende Verordnung zur Regelung des **Verkehrs mit antikonzeptionellen und Abortivmitteln** sowie über die **Ankündigung von Heilmitteln** ergehen lassen. Grundsätzlich neu ist darin die Bestimmung, daß die Apotheken nach Ermächtigung durch den Regierungspräsidenten bestimmte empfängnisverhütende Gegenstände vorrätig halten, sie aber nur auf besondere auf den Namen der Empfängerin lautende, mit Datum und Unterschrift des ordinierenden Arztes versehene Anweisung abgeben dürfen.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Dem Privatdozenten der Psychiatrie Dr. Ewald Stier ist der Professortitel verliehen worden.

Breslau. Dem Privatdozenten der Chirurgie Dr. Karl Fritsch ist das Prädikat Professor beigelegt worden.

Wien. Prof. Dr. A. Haberda ist mit der Wahrnehmung der Funktionen des Ordinarius der gerichtlichen Medizin beauftragt worden, da der bisherige Inhaber des Lehrstuhls, Prof. Kolisko, Nachfolger des pathologischen Anatomen Prof. A. Weichselbaum geworden ist.

Koloszvár (Klausenburg). Der Privatdozent der Laryngologie Dr. Arpád Gyergyai erhielt den Titel eines außerordentlichen Universitätsprofessors.

Verschiedenes.

Berlin. Unter dem 26. Juni d. Js. hat das preußische Kriegsministerium neue „Vorschriften über das Verfahren bei der **Behandlung und Entlassung der an tuberkulösen Lungenleiden erkrankten Heeresangehörigen** einschließlich ihrer Ueberführung in die bürgerliche Fürsorge“ erlassen, die in No. 44 des laufenden Jahrgangs des „Ministerial-Bl. f. Medizinalangelegenheiten“ veröffentlicht sind.

— Der **Reichstagsausschuß für Bevölkerungspolitik** einigte sich in seiner Sitzung vom 30. Oktober d. J. auf eine Entschließung, nach der ärztliche Mitteilungen über Geschlechtskrankheiten an zur öffentlichen Fürsorge berufene Behörden im allgemeinen Staatsinteresse nicht als unbefugt für Behörden und für behandelnde Aerzte erachtet werden sollen. Angenommen wurde ferner die Resolution auf Ergänzung des Reichsstrafgesetzbuches dahin, daß jeder im Bewußtsein eigener Geschlechtskrankheit vollzogene Geschlechtsverkehr bestraft werden kann. Die Kommission stimmte auch der Resolution auf Annahme wirksamer Vorschriften zur Ueberwachung und Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in das Reichsseuchengesetz zu. Im weiteren Verlauf der Besprechungen wurde beschlossen, die von den Krankenkassen getroffenen Einrichtungen zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten von Reichs wegen zu unterstützen und auch die Lebensversicherungsgesellschaften nach amerikanischem Muster zur Mitwirkung heranzuziehen. Endlich wurde beschlossen, eine Reihe von Fragen über die Ausbreitung der Geschlechtskrankheiten im Heere an die Regierung zu richten, und den Reichskanzler zu ersuchen, dahin zu wirken, daß die Lehre von den Haut- und Geschlechtskrankheiten als Pflichtfach bei der ärztlichen Staatsprüfung eingeführt werde.

— Anläßlich des Geburtstages der Kaiserin hat der Kaiser angeordnet, das **„Kaiserin-Auguste-Viktoria-Haus“** zwecks vermehrter Ausbildung von Säuglingspflegerinnen und Erweiterung der Zentralstelle für Säuglingsschutz durch einen Neubau zu vergrößern. Um dies zu ermöglichen, wird bis auf weiteres ein Jahreszuschuß von 50 000 M. aus der „Kaiser-Wilhelm-Spende deutscher Frauen“ angewiesen.

Ende des redaktionellen Teils.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: San.-Rat Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil S. Caspari, Berlin-Schöneberg.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW. 68, Alexandrinenstraße 110.

85. Jahrgang **Berlin, 18. November 1916** **No. 47**

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Steinplatz 105 56

85. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W. 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Hat die „moderne“ Syphilistherapie die Zahl der Syphilisfälle reduziert?

Von Dr. med. **Dreuw** (Berlin).

In dem Artikel „Bevölkerungspolitik“ der Allg. med. Centralzeitung 1915, No. 47, wies ich nach, daß wir leider in Deutschland keine umfassende Statistik über die Anzahl der Syphilisfälle, die Wirkung unserer Heilmethoden und die Vermehrung oder Verminderung der Geschlechtskrankheiten hätten, und gab dort ein System an, das mit ziemlicher Genauigkeit diese statistischen Beobachtungen ermöglichen würde. Nun wurde bei der Salvarsaneinführung erwartet, daß eine bedeutende Verminderung der Syphilisinfektionen stattfinden würde. Die Medizinalbehörde[1]) versprach im Reichstage, im Herrenhaus und in der Nordd. Allg. Ztg., Juni 1914, eine Statistik mit folgenden Worten:

Selbstverständlich haben die obersten Medizinalbehörden im Reich und in Preußen die Arbeiten Ehrlichs von Anfang an aufs sorgfältigste verfolgt und die zahlreichen, über das Salvarsan und seine Anwendung erschienenen Veröffentlichungen gewissenhaft geprüft. Zu einem Eingreifen in die Prüfung des Mittels durch die berufenen Männer der Wissenschaft und der Praxis lag kein Anlaß vor. Ebensowenig ist bislang die Festsetzung einer Maximaldosis erfolgt, einmal, weil eine solche sich nach dem gegenwärtigen Stand der Wissenschaft überhaupt noch nicht einwandfrei feststellen ließ, sodann aber, weil die Maximaldosen bekanntlich bestimmungsgemäß von jedem Arzt überschritten werden dürfen, wenn er dies im Interesse des Kranken pflichtmäßig für erforderlich erachtet. Er hat nur nötig, auf dem betreffenden Rezept neben die die Maximaldosis überschreitende Angabe ein ! zu setzen.

Sicherlich wird sich bei einer weiteren statistischen Prüfung, die amtlich eingeleitet worden ist, ein noch genaueres Bild über die im Laufe der Salvarsanbehandlung erfolgten Todesfälle und die Bedeutung des Salvarsans überhaupt ergeben. Es wird auch die Indikation für seine Anwendung und die zweckmäßigste Dosierung des Mittels eine noch schärfere Feststellung erfahren. Allein dies wird voraussichtlich an der schon jetzt feststehenden Erkenntnis, daß das Mittel eine überaus wertvolle Bereicherung unseres Arzneischatzes darstellt und unzähligen Kranken Heilung zu bringen geeignet ist, nichts zu ändern vermögen. Jedenfalls werden es die Medizinalbehörden an Sorgfalt bei der Verfolgung dieser Entwicklung nach wie vor nicht fehlen lassen.“

Hierüber schreibt Sanitätsrat Dr. Manardo 1914 in der Allgemeinen Rundschau:

„Des weiteren stellt die Regierung amtliche Feststellungen über das Salvarsan in Aussicht, behauptet aber, daß dieselben an der schon bis jetzt feststehenden Tatsache, daß das Salvarsan eine sehr wertvolle Bereicherung unseres Arzneischatzes bilde und unzähligen Kranken Heilung zu bringen geeignet sei, nichts zu ändern vermöge. Mit diesen Worten diskreditiert die Regierung von vornherein die in Gang befindlichen amtlichen Erhebungen, denn statistische Untersuchungen, deren Resultat schon im voraus festgelegt ist, dürften hinsichtlich ihrer **Objektivität** kein allzu großes Vertrauen beanspruchen.“

Bis heute ist diese versprochene Statistik noch nicht erschienen, und es fragt sich daher, ob aus anderen amtlichen Statistiken sich die Berechtigung herleiten läßt, daß Salvarsan wirklich eine Assanierung auf dem Gebiete der Syphilisinfektionen gebracht hat. Denn diese Frage ist bevölkerungspolitisch von höchster Bedeutung für unsere Nation.

Um die Frage zu beantworten, ob das Quecksilber oder das Salvarsan dauerhafter wirkt und welches von beiden mehr Rezidive hervorruft, möchte ich fünf Statistiken gegenüberstellen, welche alle (und zwar die erste von mir selbst) aus dem Material der Berliner Sittenpolizei aufgestellt wurden. Die erste betrifft die Dauerheilungen nach Quecksilberbehandlung, die zweite die Rezidive nach Hg-Behandlung, die dritte die Rezidive nach Salvarsanbehandlung, die vierte und fünfte nach Salvarsan + Hg-Behandlung. Diese Statistiken beleuchten auch bis zu einem gewissen Grade indirekt die Frage der Abortivbehandlung der Syphilis, der von einigen Autoren auf Grund einiger Fälle das Wort geredet wird. Die Prostituierten eignen sich für die Beantwortung der obigen Fragen besser als das Material der Privatpraxis oder Klinik, da sie dauernd

[1]) Ministerialdirektor Kirchner sagte am 28. Mai 1914 im Herrenhause: „Wir haben die Ueberzeugung gewonnen, daß das Mittel in den Anfangsstadien der Syphilis ein geradezu souveränes ist; wir haben die Ueberzeugung gewonnen, daß eine zahllose Menge von Menschen, welche früher an den Folgen der Syphilis zu Grunde gingen, durch Behandlung mit Salvarsan gerettet wird; wir haben besonders die Ueberzeugung gewonnen, daß die früher so häufige Tabes und Paralyse (die durchschnittlich erst nach 15 Jahren auftreten. Dr. Dr.), die gerade so viele Männer von hoher geistiger Begabung befielen und zu früher Wirkungslosigkeit, zu früher geistiger Umnachtung verurteilten, verhindert werden können, wenn dieses Mittel rechtzeitig angewandt wird.“

zweimal wöchentlich ärztlich untersucht werden und die Rezidive bei der genauen Untersuchung unter allen Umständen bemerkt werden. Würde sich z. B. herausstellen, daß die Anzahl der Rezidive der unter Kontrolle stehenden Puellae bei der einen Behandlungsmethode erheblich größer als bei der anderen in einem bestimmten Zeitabschnitte wären, so ließen sich allein aus dieser Tatsache wichtige Schlüsse ziehen.

Meine Statistik.

Ich habe bei 500 sicherlich syphilitischen Prostituierten, deren Syphilis 0—25 Jahre zurücklag, durch Befragen und Kontrolle ihrer Gestellungsbücher festgestellt, wann sie die erste Kur und wieviel Kuren sie überhaupt gemacht haben. Da nun in Berlin die Prostituierten nicht intermittierend, sondern nur symptomatisch behandelt werden, d. h. nur dann, wenn bei der Kontrolle Symptome festgestellt werden, so läßt sich aus der Anzahl der stattgehabten Kuren schließen, wieviel Rezidive die Puellae, deren Lues von 0—25 Jahren zurücklagen, bekommen haben. Das meiner Statistik zugrunde liegende Material wurde in der Zeit vom 1. Oktober 1910 bis 1. Januar 1911 gewonnen; es ergab, daß **von den 500 syphilitischen Puellae ca. 38 Prozent mit nur einer Kur über 2—25 Jahre rezidivfrei bleiben und mit zwei Kuren ca. 60 Prozent.**

Näheres über die Resultate der Quecksilberbehandlung bei Prostituierten siehe Monatshefte für praktische Dermatologie, 1911, 52. Band, S. 455.

Aus den Krankenjournalen der Berliner Sittenpolizei wurde ferner von anderer Seite[2]) festgestellt, wieviele Puellae in der Zeit vom 1. Januar bis zum 20. Oktober der Jahre 1910, 1911, 1912, 1913 an rückfälliger Syphilis erkrankt waren. Im Jahre 1910 waren die Puellae nur mit Quecksilber, 1911 hauptsächlich mit Salvarsan allein, 1912 und 1913 hauptsächlich mit Salvarsan + Quecksilber behandelt worden (kombinierte Behandlung).

(Schluß folgt.)

[2]) Dermatol. Zeitschrift, 1911, Bd. XVII/XVIII.

II. Referate.

Sanitätsrat Dr. **C. von Dziembowski** (Posen): **Das Wesen und die Pathogenese der orthostatischen Albuminurie.** (Die Therapie der Gegenwart, September 1916.)

Verf. erklärt die orthostatische Albuminurie für eine Teilerscheinung der Vagotonie. Die Vagotonie beruht auf einer krankhaften Steigerung des Tonus im Vagus, welcher, da der Vagus ein Antagonist des Sympathicus ist, den Tonus in diesem Nerven überwinden muß. Durch diesen erhöhten Tonus im Vagus werden allerhand Funktionen vegetativer Organe, welche vom Vagus abhängig sind, in erhöhtem Grade angeregt. Diese Funktionen können zweifellos, wenn der antagonistisch wirkende Sympathicus nicht genügend entgegenarbeitet, zu einem exzessiven, also krankhaften Grade gesteigert werden. Einige derartige durch Vagotonie hervorgerufene funktionelle Erkrankungen sind das Asthma bronchiale, der Pylorospasmus, die Hyperazidität und die Obstipatio spastica. Verf. vermutet, daß auch die Nieren unter dem Einfluß eines krankhaft gesteigerten Tonus im Vagus ebenso wie andere vegetative Organe krankhaft funktionieren könnten. Von L. Asher ist nachgewiesen worden, daß die Nierensekretion zwar automatisch vor sich gehe, aber doch vom vegetativen Nervensystem beeinflußt werde, und zwar in der Weise, daß der Vagus die Sekretion in ihnen anregt, während der Sympathicus sie hemmt. Dabei ist von demselben Forscher der Beweis erbracht worden, daß der Sympathicus der gefäßverengende, und von anderen Forschern, daß der Vagus der gefäßerweiternde Nerv der Niere ist. Es ist daher klar, daß, wenn sich ein krankhaft erhöhter Tonus im Vagus einstellt, sich infolgedessen eine krankhaft gesteigerte Nierensekretion und eine Erweiterung der Nierengefäße entwickeln wird. Wenn man nun weiter bedenkt, daß die Niere erfahrungsgemäß durch derartige Reize und Zirkulationsstörungen sehr leicht zu einem Eiweiß ausscheidenden Organe wird, dann wird es klar, daß die Vagotonie gelegentlich zu einer vorübergehenden Albuminurie führen wird. Da es aber erwiesen ist, daß die Vagotonie durch gewisse Hormone hervorgerufen wird, so wird die Art der vagotonischen Erkrankung, also ihre Lokalisation, sicher von der Qualität, bezüglich von der Ursprungsstätte dieser Hormone abhängig sein. Welches Organ die Hormone absondert, welche bei der Vagotonie speziell gerade eine Albuminurie und nicht eine andere funktionelle Erkrankung vegetativer Organe hervorrufen, wissen wir zurzeit noch nicht mit Sicherheit.

Zivilarzt Dr. **Himmelreich: Ein Fall von Hämoglobinurie bei wahrscheinlicher Pyocyaneussepsis.** (Medizin. Klinik, 1916, No. 36.)

Verf. berichtet über einen im Kriegslazarett beobachteten Fall von Hämoglobinurie, der allgemeineres Interesse verdient. Es handelt sich um eine infektiöse, fieberhafte Erkrankung bei einem 31 jährigen Soldaten, die zunächst zehn Tage lang unter hohem Fieber mit leichten Remissionen verlief und in weiteren acht Tagen unter starken Remissionen und leichten Schüttelfrösten am Abend auf normale Temperatur absank. Als zunächst hervorstechendstes Symptom findet sich eine Hämoglobinurie und Nephritis, daneben Conjunctivitis, Milzschwellung, Bronchitis, Myokarditis und später Paracolicystitis. Bei der Frage, um was es sich nun eigentlich handelte, ist man besonders geneigt, die Erkrankung als Typhus anzusprechen. Allein die zahlreichen bakteriologischen Untersuchungen von Stuhl, Blut und Harn lassen mit aller Sicherheit eine typhöse Erkrankung ausschließen und in gleicher Weise eine paratyphöse, die auch in Betracht kommen könnte. Dagegen legen die wiederholten bakteriologischen Befunde von Pyocyaneus im Stuhl und die während der Krankheit erworbene Agglutination des Blutserums gegen Pyocyaneusbazillen, welche doch zum mindesten anzeigt, daß einmal Pyocyaneusbazillen im Blut kreisten, es nahe, die Erkrankung als Pyocyaneussepsis mit Hämoglobinurie anzusprechen. Wie der Patient ohne Verwundung zu dieser Infektion kam, ließ sich nach keiner Richtung hin feststellen.

Prof. **Carl v. Noorden** und Frl. **Ilse Fischer** (Frankfurt a. M.): **Ueber eine Harnsäurereaktion im Speichel.** (Berl. klin. Wochenschr., 1916, No. 39.)

Folin hat vor einigen Jahren eine kolorimetrische Methode zur Bestimmung der Harnsäure ausgearbeitet. Sie beruht auf Messen der Blaufärbung, die bei Einwirkung von Phosphor-Wolframsäure auf Harnsäure nach Hinzufügen von Sodalösung entsteht. Obwohl noch mancher Durcharbeitung bedürftig, hat sich diese Methode zur Bestimmung des Harnsäurespiegels im Blut vortrefflich bewährt, und zweifellos verdanken wir ihr schon jetzt mancherlei wichtige Aufschlüsse über das Vorkommen und Verhalten der Harnsäure im Blut, die mit den alten, großer Blutmengen bedürftigen Methoden viel schwerer und nur viel langsamer hätten gewonnen werden können. v. N. hat nun seine Assistentin Frl. I. Fischer beauftragt, das Vorkommen der Harnsäure im Speichel mittels der Folinschen Methode zu prüfen, und teilt über die Ergebnisse folgendes mit: Der nach vorherigem Reinigen der Mundhöhle durch Zungen- und Kaubewegungen gelockte Speichel (im wesentlichen aus den submaxillaren Drüsen), unverändert mit Phosphor-Wolframsäure und Sodalösung versetzt, gibt fast ausnahmslos Blaufärbung, die bei gleichen Mengen von Speichel und von Reagentien zwischen leicht himmelblau und tiefblau schwankt. Der Speichel wurde mit Wasser verdünnt, sehr vorsichtig mit Essigsäure versetzt. Nach Abscheiden des Mucins und Ausfällen von Eiweiß durch Kochen wurde das Filtrat mittels Ferrozyankali, Biuretprobe, Millon- und Spiegler-Reagens auf Eiweiß geprüft. Trotz negativen Ausschlags dieser Proben fiel die Phosphor-Wolframsäurereaktion positiv aus. Die Behandlung des Speichels nach der von Folin für Blut angegebenen Methode ergab Werte von Spuren bis zu 10 mg Harnsäure in 100 ccm Speichel. Die höchsten Werte fanden sich bei zweifellos Gichtkranken und bei Gichtverdächtigen; öfters, aber doch nicht so regelmäßig bei chronischer Nephritis. Die ganz niedrigen Werte (Spuren oder 1—2 mg in 100 ccm Speichel) beschränken sich auf ganz junge Leute. Mehrmalige Untersuchungen an ein und demselben Tage deckten erhebliche Schwankungen der Reaktionsstärke des Speichels auf. Obwohl manchmal hohe Werte im Speichel und im Blute zusammenfielen, konnte ein Parallelismus der Harnsäurespiegel in Speichel und Blut bisher nicht entdeckt werden.

Assistenzarzt Dr. **G. Weil: Bedeutung der Antitrypsinreaktion in der klinischen Diagnostik.** (Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie, Bd. 29, H. 2.)

In der Diagnostik im allgemeinen und insbesondere in der Geschwulstdiagnostik sind in den letzten Jahren die serologischen Untersuchungsmethoden in den Vordergrund des Interesses getreten. Am meisten angewandt und am meisten diskutiert ist die Abderhaldensche Methode. Völlige Einstimmigkeit über ihre Bedeutung ist aber noch nicht erreicht; daran trägt wenigstens einen Teil der Schuld die Schwierigkeit der Technik. Es schien Verf. deshalb der Mühe wert zu sein, auf die Antitrypsinmethode zurückzukommen. Bei dieser handelt es sich um den Nachweis eines antitryptischen Körpers im Blute, der, schon normalerweise vorhanden, bei verschiedenen Krankheitszuständen und in besonders hohem Grade beim Karzinom vermehrt gefunden werden soll. Es liegen zahlreiche Untersuchungen in dieser Frage vor, doch ist trotzdem die theoretische Seite ebensowenig geklärt, wie die praktische

Anwendbarkeit sichergestellt. Es beruht dies zum Teil auf der Verschiedenartigkeit der angewendeten Methode, zum Teil auf der Schwierigkeit der Materie selbst. Verf. bediente sich für seine Untersuchungen der Kasein-Methode nach Fuld-Gross in der Modifikation nach Bergmann und Meyer. Das Ergebnis seiner Untersuchungen faßt W. in folgenden Sätzen zusammen: 1. Die Antitrypsinreaktion ist für keinen Krankheitszustand spezifisch. 2. Als differentialdiagnostisches Hilfsmittel kann sie herangezogen werden: a) bei der Diagnose maligner Tumoren, b) bei der Diagnose der Gravidität. 3. Ausschlaggebend kann sie sein: a) bei Magenerkrankungen, b) bei eitrigen Prozessen. Die Antitrypsinreaktion wird sich besser spezialisieren lassen, sobald man über das Wesen des Antitrypsins, seine Entstehung und Wirkungsweise mehr Klarheit haben wird. Sie hat gegenüber der Abderhaldenschen Reaktion, durch die sie in den letzten Jahren in den Hintergrund gedrängt wurde, den Vorzug der Einfachheit. Es wird sich lohnen, der Antitrypsinfrage in Zukunft wieder mehr Aufmerksamkeit zu schenken.

Dr. **Siegfried Dosmar**, Assist. am städt. Krankenhaus Gitschiner Straße in Berlin: **Die Vakzine-Behandlung der gonorrhoischen Arthritis.** (Die Therapie der Gegenwart, September 1916.)

Die Behandlung gonorrhoischer Gelenkentzündungen hat seit der Einführung der Bierschen Stauung, sowie der Heißluftbehandlung eine große Sicherheit gewonnen. Nach dem Rückgange der akuten Erscheinungen werden aktive und passive Bewegungen des entzündeten Gelenkes in systematischer Weise vorgenommen. Diese Behandlungsart der gonorrhoischen Arthritis mit passiver und aktiver Hyperämisierung müßte ideal genannt werden, wenn sie nicht den wesentlichen Nachteil der sehr langen Dauer hätte. Unter drei Monaten pflegt eine gonorrhoische Gelenkentzündung kaum je zu heilen, oft dauert die Behandlung noch länger. Als eine Schattenseite ist auch die große Schmerzhaftigkeit der Bewegungsübungen zu bezeichnen, welche oft die größte Selbstüberwindung der Patienten erfordert. Die Vakzinetherapie der gonorrhoischen Arthritis bedeutet eine Abkürzung des Heilverfahrens, verringert die Schmerzen, ist einfach und ungefährlich. Verf. hat das von der Firma Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning (Höchst a. M.) hergestellte Gonargin angewandt. Dieses wird in Form von gebrauchsfertigen Verdünnungen in zugeschmolzenen Ampullen zu 1 ccm in zwei Kartons geliefert. Karton A enthält je zwei Ampullen mit je 5—50 Millionen Keimen, Karton B je zwei Ampullen mit je 50 bis 1000 Millionen Keimen. Verf. ist in der Weise vorgegangen, daß er mit 5 Millionen Keimen anfing und am übernächsten Tage, wenn keine Temperatursteigerung auftrat, sonst nach drei bis acht Tagen, die nächst höhere Dosis intramuskulär in den Oberschenkel injizierte. Nie hat Verf. irgendeine Belästigung der Patienten durch die Injektion beobachtet. Verf. ist meistens mit fünf Injektionen ausgekommen. Frühzeitig hat er in allen Fällen jedoch mit der Bewegung des Gelenkes begonnen. Es scheint, daß durch das Gonargin, wenn es frühzeitig angewandt wird, die Dauer erheblich abgekürzt wird.

Dozent Dr. **Otto Kren**, Primararzt d. Abteil. f. Dermatologie des Kaiser-Jubiläums-Spitals der Gemeinde Wien: **Merarsol — ein Ersatzpräparat für Enésol.** (Klin.-therap. Wochenschr., 1916, No. 39—40.)

Der Krieg hat uns das ausgezeichnet wirkende Enésol, da es französischen Ursprunges ist, genommen. Die chemisch-pharmazeut. Werke Herbabny-Scholz in Brück a. d. L. haben nun ein Ersatzpräparat des Enésols geschaffen, das sie Merarsol nennen. Das Merarsol enthält analog dem Enésol sowohl das Quecksilber wie das Arsen organisch gebunden. Das Präparat stellt ein weißes Pulver dar, das zu etwa 4 Proz. in Wasser löslich ist. Es wird in 3 proz. wässeriger Lösung, und zwar in Ampullen zu 2 ccm, in den Handel gebracht. Nachdem am Tier wie am Menschen die Unschädlichkeit dieses Präparates festgestellt ist, hat Verf. bei internluetischen Patienten Versuche angestellt, deren Resultat er hier mitteilt. Es kamen zur Behandlung Fälle mit sekundärer Lues und Tbc. pulmonum, Fälle mit luetischer Kachexie, solche mit luetischer Nephritis, solche mit Mesaortitis, kompensiert und inkompensiert, Hemiplegien und Leberlues, Arthritis luetica und Herzaffektionen luetischer Natur und Tabes. Ueberall wurde die Injektion anstandslos ohne Fieber und ohne Schmerzen vertragen. Bei luetischer Nephritis schwand das Eiweiß schnell. Die Diurese war in der Regel ausgezeichnet. Zur Beurteilung der Präparatwirkung wurde gleichzeitig niemals ein Diureticum oder Kardiacum verabfolgt. Ebenso wie bei Enésol war die roborierende, durch die As-Komponente bedingte Wirkung sehr gut. Gewichtszunahmen von 10 kg in etwa acht Wochen waren nichts seltenes. Es erwies sich deshalb das Präparat bei luetischer Kachexie oder bei der Kombination von Lues und Tuberkulose als besonders gut, mit einem Worte, es steht der Wirkung des Enésol in nichts nach.

Dr. **Mundus: Ein Stuhlgangsseparator.** (Berl. klin. Wochenschr., 1916, No. 37.)

Der Separator soll diagnostischen Zwecken dienen. Die Vorrichtung ermöglicht in einfacher Weise getrenntes Auffangen von Kot und Urin: In ein Klosettbecken von der üblichen ovalen Form wird mittels zweier 4 mal rechtwinklig geknickter, verzinkter Doppeldrähte (10, 10, 19, 10, 10 cm) ein ovales Zinkblech (30 cm lang, 18 cm breit) horizontal so eingehängt, daß es etwa 10 cm unter der Oberkante des Klosettbeckens liegt. Dies Blech hat nahe dem vorderen Ende ein rundes Loch von 7—8 cm Durchmesser, in welches ein konisches (Einmach-) Glas von 3/8 bis ½ Liter Inhalt hineinpaßt. Auf dem hinteren Teil des Bleches wird zum Auffangen des Stuhlganges ein flaches Gefäß von 18 cm Durchmesser und 5—6 cm Randhöhe (Spucknapf oder emaillierte Schüssel) gestellt. Das Blech muß so eingehängt werden, daß das Uringlas für den Mann die Vorderwand des Klosettbeckens berührt, für die Frau 4—5 cm davon absteht. Die Horizontalebene des heruntergeklappten Sitzrings steht 14—15 cm über der Blechplatte.

Dr. **W. Türckheim** (Berlin): **Ichthyolbehandlung von Furunkeln.** (Die Therapie der Gegenwart, September 1916.)

Der Furunkel wird mit Ichthyol oder dem billigeren gleichwertigen Ichthynat mittels Glasstabs bis zum Rande der entzündlichen Rötung bestrichen, dann mit gutklebendem Leukoplast dachziegelförmig bedeckt. Am nächsten Tage wird das Pflaster abgenommen, bei sehr empfindlichen Patienten mit Hilfe von Benzin, und das Verfahren täglich so lange fortgesetzt, bis der letzte Eiterrest verschwunden ist; schließlich einfache Salbenverbände. Verf. hat nach diesem Verfahren Achseldrüsenabszesse, Panaritien, Mastitiden und sogar tiefe Halskarbunkel behandelt. In notwendigen Fällen muß erst ein eröffnender Einschnitt gemacht werden. Doch ist meist nur eine kleine Oeffnung notwendig, welche sich die Patienten lieber machen lassen als eine größere Operation. Einen wesentlichen Vorteil erblickt Verf. auch bei dieser Methode, im Gegensatz zu der oft geübten feuchten Packung mit kühlenden Verbänden oder heißen Packungen, darin, daß die hierbei fast regelmäßig in weiterem Umkreise auftretenden schmerzhaften kleinen Eiterpusteln bei Ichthyol fortfallen, ebenso die auf dem Lymphwege an anderen Stellen sich neu bildenden Abszesse, besonders an den Extremitäten. Kr.

Prof. **Payr** (Leipzig): **Plastik am Schildknorpel zur Behebung der Folgen einseitiger Stimmbandlähmung.** (Deutsche med. Wochenschr., 1915, No. 43.)

Die Funktionsstörung bei totaler einseitiger Rekurrenslähmung besteht darin, daß das Stimmband der geschädigten Seite in Abduktionsstellung (Kadaverstellung) steht und auch bei angestrengter Phonation die Mittellinie nicht erreicht, infolgedessen sind die die Stimmbildung bedingenden transversalen Schwingungen unmöglich oder unvollständig. Dazu kommt, daß infolge der gleichzeitigen Positionslähmung der Gießbeckenknorpel der gelähmten Seite nach vorn gesunken ist, so daß auch bei kompensatorischer Ueberfunktion der gelähmten Seite deren Stimmlippe nicht völlig das gewohnte Widerlager trifft. In einem Teil der Fälle vermag bekanntlich das kompensatorische Uebergreifen der gesunden Stimmlippe nach der Gegenseite die Funktionsstörung teilweise auszugleichen, aber nur teilweise, die Stimme bleibt schwach, es tritt schnell Ermüdung ein usw. Brünings hat ein Verfahren ausgearbeitet, zur Verbesserung der Form und Stellung der gelähmten Stimmlippe Paraffin in diese einzuspritzen. Er hat damit gute, andauernde Erfolge erzielt. Jedoch ist dieses Verfahren technisch schwierig, nur für einen ganz besonders geübten Laryngologen, unter Verwendung der Gegendruckautoskopie, besser noch der Schwebelaryngoskopie, ausführbar; auch kann die Form von Paraffindepots durch ein wachsendes Bindegewebe sich ändern. Verf. berichtet nun über ein von ihm ausgearbeitetes rein chirurgisches Verfahren, mittels dessen die Funktionslähmung bei der Rekurrenslähmung beseitigt werden kann. Es gelingt durch einen der Stimmbandlage entsprechend aus dem Schildknorpel ausgeschnittenen U-förmigen Knorpellappen, der aus der gelähmten Seite gegen Stimmuskel und wahres Stimmband in die Tiefe gedrückt und in dieser Lage festgehalten wird, diese in Medianstellung zu bringen. Hierdurch erhält das gelähmte Stimmband einen festen Halt und ermöglicht den bis dahin fehlenden Glottisschluß. Verfasser hat in einem Fall, über welchen er genauer berichtet, diese Operation mit vorzüglichem funktionellen Erfolg ausgeführt.

R. L.

Prof. Dr. **Georg Schöne**, Oberarzt der kgl. chir. Klinik in Greifswald: **Erfahrungen über Diagnose und chirurgische Behandlung akuter Bauchfellentzündungen.** (Die Therapie der Gegenwart, September 1916.)

Verf. hebt bei der Erörterung der Diagnose und Differentialdiagnose hervor, wie wertvoll für sie gelegentlich Symptome von seiten der Blase sind. Vermehrter, auch schmerzhafter Urindrang, während der Entleerung oder nach derselben auf-

tretende Schmerzen, Erschwerung der Entleerung — das alles sind Symptome, welche, abgesehen von gynäkologischen Affektionen des Bauchfelles, besonders in dem Bilde der Appendizitis und der appendizitischen Peritonitis eine wichtige Rolle spielen und wertvolle Anhaltspunkte für Lokalisation und Ausdehnung des Prozesses bieten können. Dringend zu warnen ist vor der unbestimmten Diagnose: Cystitis. Verf. hat es erlebt, daß man sich ohne Urinuntersuchung bei ihr beruhigte und so einer Appendizitis die Zeit ließ, zu einer schweren Beckeneiterung zu führen. Andererseits gerät man von Zeit zu Zeit in die Gefahr, die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Peritonitis zu stellen, während es sich um eine schwere eitrige Pyelitis oder Pyelonephritis handelt. Bei dieser können die subjektiven Beschwerden von seiten des Urogenitalapparates sehr gering sein. Für den mit vorgefaßter Meinung an den Fall herantretenden Arzt liegt die Gefahr der Fehldiagnose dann besonders nahe, wenn bei dem etwas benommenen Kranken eine oberflächliche Urinuntersuchung, wie das auch bei der schweren Pyelitis nicht so selten ist, einen wenig eindrucksvollen Befund ergibt, peritoneale Symptome aber, die ja bei vielen Nierenerkrankungen deutlich nachgewiesen werden, sich in besonders ausgeprägter und auffälliger Weise aufdrängen. Cystoskopie und Ureterkatheterismus klären den Fall auf. Einen der merkwürdigsten Fälle von Nierenaffektion mit peritonealen Erscheinungen hat Verf. in Marburg erlebt. Bei einem unter der Diagnose Appendizitis zur Operation geschickten etwa 16 jährigen Knaben fand sich ein maligner Gesichtsfurunkel mit septischer, hämorrhagischer Nephritis.

Kr.

III. Bücherschau.

Moralität und Sexualität. Sexualethische Streifzüge in Gebiete der neueren Philosophie und Ethik. Von Prof. Dr. **Albert Eulenburg**, Geh. Med.-Rat in Berlin. Bonn 1916, A. Marcus & E. Webers Verlag (Dr. jur. Albert Ahn). 92 S. Brosch. 3,50 M.

In vorliegender Schrift bietet der bekannte Berliner Neurolog in erster Linie nicht eigene Gedanken über die auf dem Gebiete der geschlechtlichen Verhältnisse auftretenden Moralprobleme, er gibt vielmehr einen Ueberblick darüber, wie die hervorragendsten deutschen Philosophen von der klassischen Periode bis in die Gegenwart sich zu diesen Fragen (Geschlechtsliebe, Ehe, freie Liebe, Prostitution, Frauenbewegung überhaupt) gestellt haben. Kant, Fichte, Schleiermacher, Hegel, Herbart, Schopenhauer, Dühring, Lotze, Eduard v. Hartmann, Wundt, Cohen werden uns in ihrer Stellungnahme zu diesen Dingen mit mehr oder weniger ausführlichen Belegen aus ihren Schriften vorgeführt. Es schließen sich daran eine Reihe von neueren Vertretern der Ethik und Kulturphilosophie, wie Lipps, Paulsen, Simmel, Natorp, Rein, Hammacher, Berolzheimer, Scheler, deren Standpunkt den genannten Problemen gegenüber in Kürze dargestellt und zum Teil kritisch beleuchtet wird, wobei Eulenburg auch an den jüngsten, von dem Weltkrieg begünstigten Bestrebungen im Sinne einer energischen positiven Bevölkerungspolitik und Eugenik nicht vorbeigeht. Soweit Eulenburg eigene Ansichten durchblicken läßt, erweist sich sein Standpunkt als durchaus vorurteilsfrei, durch politische, soziale oder religiöse Engherzigkeiten unbeeinflußt.

Kriegschirurgisches Taschenbuch. Eine kurze Zusammenstellung der kriegschirurgischen Erfahrungen 1914-16. Von Stabsarzt d. Res. Dr. **Nahmmacher.** Dresden 1916, Verlag von A. Dressel, Akademische Buchhandlung, Inhaber Hayno Focken. 33 S. 1,50 M.

Der Verfasser beabsichtigt mit der vorliegenden kleinen Schrift, jüngeren, weniger erfahrenen Kollegen eine kurze Zusammenstellung der bisherigen kriegschirurgischen Erfahrungen in dem noch tobenden Weltkieg als Nachschlagebuch und Ratgeber für das praktisch chirurgische Handeln im Feldlazarett an die Hand zu geben. Das Buch hat der Verfasser auf Grund einer 21 monatlichen Tätigkeit als Chirurg eines Feldlazaretts geschrieben. Es ist also der Niederschlag umfangreicher eigener Erfahrungen; es verwertet aber auch die auf den beiden Tagungen der Kriegschirurgen in Brüssel (1915) und Berlin (1916) erzielten Ergebnisse. Der Verfasser hat es verstanden, durch geschickten Gebrauch des Lapidarstils auf beschränktem Raum verhältnismäßig viel zu bringen, und so wird das kleine Buch von jüngeren, im Felde tätigen Kollegen mit Nutzen zu Rate gezogen werden. Es gibt natürlich nicht spezielle chirurgisch-technische Anleitungen, sondern nur den Gang und die Grundsätze der Behandlung in großen Zügen. Besprochen werden vor allem die Schädelverletzungen, Brust- und Bauchschüsse, Harnröhren- und Blasenverletzungen, endlich die Extremitätenverletzungen. Von Gegenständen der allgemeinen Chirurgie sind die Gasphlegmone, die Blutstillung, die Prophylaxe und Behandlung des Tetanus, sowie die Lagebestimmung von Geschossen mittels der Röntgenaufnahme berücksichtigt.

Kriegsaphorismen eines Dermatologen. Von **P. G. Unna.** Berlin 1916, Verlag von August Hirschwald. 96 S. 2 Mark.

Eine Reihe von Aufsätzen, welche der hervorragende Hamburger Dermatologe in der Berliner klin. Wochenschrift und zum Teil auch in unserer Zeitung veröffentlicht hatte, liegen hier in Buchform gesammelt vor. Wer diese Arbeiten gelesen hat, weiß, daß sie, wie alle Schriften Unnas, eine Fülle wertvoller, in gleicher Weise auf ungemein ausgedehnter praktischer Erfahrung wie auf gediegener wissenschaftlicher Forschung beruhender therapeutischer Ratschläge enthalten. Das gründliche Studium dieser Schrift, in welcher eine Anzahl wichtiger Teile der Dermatologie teils aphoristisch, teils auch ausführlich (wir weisen besonders auf das Kapitel über die Entstehung und Beseitigung des Juckens hin) behandelt werden, sei allen Kollegen empfohlen, denen an einer Bereicherung ihres praktischen Könnens und theoretischen Wissens auf dem Gebiete der Dermatologie gelegen ist.

R. L.

IV. Tagesgeschichte.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Folgende Kollegen haben neuerdings das **Eiserne Kreuz I. Klasse** erhalten: Dr. Arimond (Neiße), Dr. Brömse (Güstrow), Stabsarzt Dr. W. Christ, Dr. O. Friedrich (Breslau), Sanitätsrat Dr. Holtermann (Neustadt), Dr. Kaumheimer (München), Generaloberarzt Dr. A. Mayr, Dr. H. Peeck (Parchim).

Hamburg. Dr. Kutscher, bis zum Kriegsausbruch Assistenzarzt am Werk- und Armenhause in Hamburg, ist als Hauptmann an der Spitze seiner Kompagnie gefallen. Bereits 52 Jahre alt, war er beim Kriegsbeginn als Freiwilliger wieder ins Heer eingetreten und schon Anfang 1915 durch das Eiserne Kreuz I. Kl. ausgezeichnet worden.

München. Im Alter von 59 Jahren starb hierselbst Dr. F. K. Müller-Lyer, der sich als philosophischer Schriftsteller einen Namen gemacht hat. Von Hause aus Psychiater, hatte er sich nach kurzer ärztlicher Tätigkeit ausschließlich dem Studium psychologischer und soziologischer Probleme gewidmet. Im vorigen Jahre war er nach dem Rücktritt von W. Ostwald zum Präsidenten des Monistenbundes gewählt worden.

Würzburg. Prof. Dr. Dankwart Ackermann, Dozent der Physiologie und nichtetatsmäßiger Assistent am physiologischen Universitäts-Institut, wurde zum etatsmäßigen Assistenten mit Beamteneigenschaft ernannt.

Kongreß- und Vereinsnachrichten.

Berlin. **Aerztliche Gesellschaft für Mechanotherapie** ist der Name einer neuen Vereinigung von Fachärzten, welche sich mit der Mechanotherapie, Heilgymnastik, Massage usw. und zwar auf dem Gebiete der chirurgischen Orthopädie wie der inneren Medizin befassen. Die großen Erfolge, welche diesen Heilverfahren in den letzten Jahrzehnten in der Unfallheilkunde zu verdanken sind, haben dazu geführt, ihnen in der Behandlung, insbesondere Nachbehandlung der Kriegsverletzungen und -erkrankungen eine gesteigerte Beachtung zu widmen. In den Vorstand der neuen Gesellschaft wurden gewählt Geh. San.-Rat Prof. Dr. Schütz (Berlin), Dr. Hasebroek (Hamburg), Dr. Egloff (Stuttgart), Dr. Hirsch (Bad Salzschlirf), San.-Rat Dr. Lubinus (Kiel) und Dr. Jacob (Posen und Binz). Die Gesellschaft wird alljährlich öffentliche Versammlungen abhalten, um den wissenschaftlichen Ausbau dieser Gebiete zu fördern und daneben auch wirtschaftliche Fragen zur Erörterung bringen zu lassen. Die erste Versammlung soll in der Weihnachtswoche 1916 in Oberhof stattfinden, für die der Schriftführer Dr. Hirsch in Bad Salzschlirf Anmeldungen zu fachwissenschaftlichen Vorträgen wie auch zur Mitgliedschaft der Gesellschaft entgegennimmt.

Gerichtliches.

Leipzig. Wegen **fahrlässiger Tötung** hatte das hiesige Landgericht den Naturheilkundigen F. zu 6 Monaten Gefängnis verurteilt. Der Angeklagte, der seit 25 Jahren die Naturheilkunde betreibt, hatte bei einem an Diphtheritis erkrankten Mädchen die Krankheit nicht rechtzeitig erkannt, wodurch der Tod des Kindes herbeigeführt wurde. Seine Revision wurde am 30. Oktober vom Reichsgericht verworfen.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: San.-Rat Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil S. Caspari, Berlin-Schöneberg.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW. 68, Alexandrinenstraße 110.

85. Jahrgang **Berlin, 25. November 1916** **No. 48**

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Steinplatz 105 56

85. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W. 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Hat die „moderne" Syphilistherapie die Zahl der Syphilisfälle reduziert?

Von Dr. med. **Dreuw** (Berlin).

(Schluß.)

Es wurden an rückfälliger Syphilis von den Polizeiärzten dem Krankenhause zur Behandlung überwiesen:

1910 = 171 (2. Statistik).
1911 = 270 (3. Statistik), d. h. über 50 Proz. mehr.
1912 = 151 (4. Statistik).
1913 = 190 (5. Statistik).

Vergleicht man diese fünf Statistiken, so ergibt sich auf der einen Seite eine außerordentlich günstige Dauerwirkung und geringe Rezidivierung nach der symptomatischen Quecksilberdarreichung, und auf der anderen Seite, daß keine Verringerung, sondern eine **beträchtliche Vermehrung der Rezidive bei der Salvarsanbehandlung** allein stattgefunden hat, worüber natürlich das Erstaunen groß war, da man allgemein ein Sinken erwartet hatte, während nach Wiedereinführung der Quecksilberbehandlung in Verbindung mit Salvarsan wiederum ein Sinken konstatiert wurde. Daß die Zahl im Jahre 1912 um 20 geringer war als 1910, wo nur mit Quecksilber behandelt wurde, hängt vielleicht damit zusammen, daß 1910 ca. 4000, 1912 ca. 3500 unter Sitte standen, d. h. es mußten, da ein Achtel weniger Puellen da waren, auch ein Achtel weniger Rezidive vorhanden sein, d. h. praeter propter ca. 20 Ca. 38 Prozent blieben also mit einer einzigen Hg-Kur und ca. 60 Proz mit zwei Hg-Kuren rezidivfrei. Diese Zahlen stehen mit den Behauptungen einiger Autoren, namentlich von Isaak und Friedländer, die 100 Proz. Rezidive nach Hg vermuteten[3]), in so großem Kontrast, daß es mir wichtig erschien, die obigen, wenigstens annähernd statistisch exakten Untersuchungen den Vermutungen entgegenzusetzen. Wenngleich ich mir bewußt bin, daß auch die obigen Statistiken nur eine annähernde Beurteilung zulassen und nur in Verbindung mit den anderen Tatsachen bewertet werden sollen, so geht doch immer mit positiver Sicherheit das eine daraus hervor, **daß Salvarsan** höchstens eine Verschlechterung, jedenfalls aber **keine Besserung der Resultate bei den Prostituierten herbeigeführt** hat, wie ich es schon am 13. Dezember 1910 auf Grund der schon damals beobachteten schnellen und schweren Rezidive vorausgesagt hatte (Dermatol. Zeitschr., Bd. XVII und XVIII, 1911, und mein Buch „Die Salvarsangefahr". Berlin, Ritterverlag). Jedenfalls steht folgendes fest: In den Jahren 1910, 1912, 1913 ist die Anzahl der Rezidive ungefähr dieselbe geblieben (171, 151 [plus 20], 190). In diesen Jahren wurde mit Quecksilber allein (1910) oder in der Hauptsache mit Quecksilber plus Salvarsan behandelt, 1912 und 1913. Im Jahre 1911 nun, wo fast nur Salvarsan angewandt worden, stieg die Anzahl auf 270, d. h. sie betrug **99 (!)** mehr als bei reiner Quecksilberbehandlung. Also die alleinige Salvarsantherapie verschlechterte die Statistik, und bei Kombination von Quecksilber und Salvarsan zeigte sie ungefähr dasselbe Ergebnis wie bei der ausschließlichen Quecksilbertherapie. Man muß sich daher fragen: Welchen positiven Wert hat die gefährliche Salvarsanaddition zu dem seit vier Jahrhunderten bewährten Quecksilber, wenn durch diese Kombination an einem so großen Material, wie es die Berliner Prostituierten sind, die **Rezidive nicht bedeutend herabgesetzt werden?**

Mehr noch als diese Statistiken beleuchten die Frage nach der Verminderung der Syphilisfälle die prozentualen Zahlen des deutschen Heeres in den letzten 10—12 Jahren, die ich in der Berl. klin. Wochenschr., 1916, No. 35, finde:

Jahr 1. X. bis 30. IX.	Zahl der Syphilisfälle	Pro Mille der Kopfstärke	
1900	2148	4,1	4,29 ‰
1901	1913	3,6	
1902	2150	4,0	
1903	2179	4,1	
1905	2303	4,4	
1906	2296	4,4	
1907	2491	4,7	
1908	2422	4,5	
1904	2374	4,4	
1909	2571	4,7	
1910	2828	**5,1**	5,33 ‰
1911	2981	**5,4**	
1912	3067	**5,5**	

[3]) Diese Statistiken sind bereits in einer Arbeit von F. Pinkus (Med. Klinik, 1914, S. 889) erwähnt. Anm. d. Red.

Was ergibt diese Statistik nun für Schlüsse?

Seit der Einführung des Salvarsans 1910 und seit dem Salvarsanoptimismus sind die Fälle von Syphilis im deutschen Heere in erschreckendem Maße gestiegen. War in den Jahren 1900—1910 eine Durchschnittsziffer von 4,29 pro Mille der Kopfstärke zu konstatieren, so stieg diese 1910—1913 auf die Durchschnittsziffer von 5,3 pro Mille. Wenn es wahr ist, daß man einen Baum an seinen Früchten erkennt, dann an dieser Frucht den Salvarsanbaum, dem zwar die besten Früchte a priori (man denke an Ehrlichs eigene Bezeichnungen: „Hyperideal", „Ausbrechen des Giftzahns", Therapia magna sterilisans" und andere mehr) zugelegt wurden, der aber, wie diese Statistik zeigt, statt der Feigen Dornen erzeugte. Konnte es auch anders kommen? Prof. L. Lewin (Berlin) nennt das Salvarsan „bedeutungslos und gefährlich", und noch in No. 42 der Berl. klin. Wochenschr. wird das Salvarsan nach den Erfahrungen der Briegerschen Klinik nur als Unterstützungsmittel der Hg-Therapie bezeichnet. Ich habe bereits in meinem Vortrage in der Dermatologischen Gesellschaft am 13. Dezember 1910 (siehe Dermatol. Zeitschrift, 1911, Bd. XVII-XVIII) vor den für unsere Nation so schlimmen Folgen des Salvarsanoptimismus gewarnt, und habe später immer wieder — leider umsonst — meine warnende Stimme erhoben. Denn es ist klar, daß, nachdem urbi et orbi verbreitet wurde, die Syphilis habe ihre Schrecken durch das Salvarsan verloren, Schauspieler, Soldaten, Offiziere usw. sich einer zügellosen Lust hingaben. Und welche Folgen mußten sich ergeben, nachdem Salvarsan nicht imstande war, die Syphilis mit Sicherheit zu heilen? Die obige Statistik gibt die klare Antwort. Treffend schreibt hierüber Prof. Dr. Kafemann (Aerztl. Rundschau, 1915):

„Mit welchem Recht verlangen die Salvarsananhänger, daß man ihnen glaube, daß im ersten Stadium der Syphilis ca. 100 Proz. radikal geheilt würden. Wehe dem menschlichen Geschlechte, wenn es auf solche Kunde hin die Vorsicht außer acht setzen und sich zügellos der Lust hingeben würde. Wehe, wenn es gutmütig dem Prophetenwort glauben sollte: „Der Giftzahn ist nunmehr ausgebrochen."

An der Ueberschätzung der Salvarsantherapie hat die mit ihr Hand in Hand arbeitende Ueberschätzung der Wassermannschen Reaktion sehr viel beigetragen. Aus den Resultaten der W. R. wurde auf die Resultate der Salvarsantherapie geschlossen — Circulus vitiosus. Ich habe wohl als erster in No. 4 der Deutschen med. Wochenschr. bereits 1910 auf die Gefahren einer Ueberschätzung dieser Blutprobe kritisch aufmerksam gemacht. Ueber meine dort geäußerte Auffassung schrieb damals Dr. Dreyer (Cöln) am 5. August 1910 im Reichsmedizinalanzeiger:

„D. übt an der urteilslosen Verwendung der Resultate der W. R. eine scharfe und durchaus berechtigte Kritik. Klinische und mikroskopische Untersuchungen beanspruchen auch jetzt noch den Hauptwert. Die Mitteilung der Institute an die Patienten wird als Unfug gebührend gekennzeichnet. Zum mindesten wird eine beigedruckte Belehrung verlangt, daß die negative Reaktion allein keinen sicheren Schluß zuläßt, und daß auch eine positive Reaktion nur von Fall zu Fall gewertet werden soll. Es bleibt erlaubt, aber es ist immerhin mißlich, aus einer selbst mehrmaligen positiven Reaktion allein einen bindenden Schluß zu ziehen. Es ist ein Verdienst des Verfassers, diesen wahrhaft goldenen Mittelweg in der Wertung der Reaktion so scharf präzisiert zu haben, und die Mehrheit der Praktiker wird ihm zweifellos beistimmen."

In der Diskussion in der Medizinischen Gesellschaft (cfr. Berl. klin. Wochenschr., 1910, No. 26) habe ich diesen Standpunkt näher beleuchtet. Immer mehr und mehr wird in der letzten Zeit der Wert der Wassermannschen Reaktion eingeengt. Prof. Heller (Berl. klin. Wochenschr., 1916, No. 35) ließ 87 mal das Blut in verschiedenen Instituten untersuchen. Resultat: In 51 Fällen verschiedene Ergebnisse, namentlich da, wo man gerade eine bestimmte Antwort erwarten sollte. Und W. Freudenberg erzielte in ca. 60 Proz. verschiedene Resultate (Berl. klin. Wochenschr., 1916, No. 42), so daß er es als gefährlich erklärt, das Heil eines Kranken davon abhängig zu machen, ob wir sein Blut bei dem Untersucher A, B oder C untersuchen lassen. Man vergleiche eine solche Unsicherheit mit der Eiweißuntersuchung im Harne. Würden wir dieser Methodik, z. B. der Hellerschen Probe, einen besonderen Wert beimessen, wenn ein und derselbe Harn in ca. 60 Proz. der Fälle ein verschiedenes Eiweißresultat geben würde, je nachdem, ob die Untersuchung bei A, B oder C stattfindet?

Prüft man die Zeit nach der Salvarsaneinführung 1910, so wird man finden, daß dem Negativwerden der Wassermannschen Reaktion nach wie vor eine Bedeutung beigelegt wurde — den in der Literatur vorhandenen Warnungen zum Trotz — die ihr nicht zukam. Wir haben es hier mit einer unerfreulichen Erscheinung zu tun, die dem Ansehen der Medizin sehr schaden kann. Der Salvarsanoptimismus der Jahre 1910-11 wäre ohne die Mißdeutung der W. R. nicht möglich gewesen. Und nunmehr werden die Fundamente auch dieses Gebäudes, wenn nicht untergraben, so doch immerhin schwer geschädigt.

Angesichts der erschreckenden Zunahme der Syphilis im Heere aber seit dem Jahre 1910, der Einführung des Salvarsans, ist es Zeit, daß die Leitung der preußischen Medizinalbehörde in objektiver Weise die für unsere Nation notwendigen Konsequenzen aus der obenerwähnten Salvarsanstatistik und aus der Erschütterung der Sicherheit der Wassermannschen Reaktion zieht. Tua res agitur, Germania!

II. Referate.

Dr. med. **Kollwitz** (Berlin): **Sennax in der Kinderpraxis.** (Deutsche med. Wochenschr., 1916, No. 28.)

Verfasser erprobte das Abführmittel Sennax, welches durch Extraktion des wirksamen Glykosides der Fol. Sennae gewonnen wird, in der Kinderpraxis. Das Mittel, welches gut haltbar ist, und bequem dosiert werden kann, wurde gern genommen und verursachte keinerlei Kneifen. Die Sennax-Tabletten wurden nur älteren Kindern verabreicht und zwar meist ein Stück vor dem Zubettgehen, während bei kleineren Kindern Sennax-Lösung angewendet wurde. Als wirksame Dosis hat sich ½—1 Kaffeelöffel voll dieser flüssigen Sennaxform bewährt. Säuglinge von 3 Monaten ab bekamen ⅕ Kaffeelöffel voll bei hartnäckigen Obstipationen. Störungen oder mangelhafte Erfolge wurden nicht beobachtet, weshalb Sennax für die Kinderpraxis als zweckmäßiges Abführmittel in Betracht kommt. K.

Dr. med. **Hans Brunner** (Diessenhofen), Direktor des Kranken- und Greisenasyls St. Katharinthal, Kt. Thurgau (Schweiz): **Gezeitenamplitude und epileptischer Anfall.** (Deutsches Archiv f. klin. Medizin, Bd. 120, H. 2 u. 3.)

Verf. wirft die Frage auf: Sind in dem zeitlichen Auftreten des epileptischen Anfalls ähnliche Schwankungen zu erkennen, wie sie grandioser Weise an den Gezeiten des Meeres, weniger deutlich an den Gezeiten der Atmosphäre zu beobachten sind, resp. sind Beziehungen zu der gemeinsamen Ursache zu vermuten? Diese Frage beantwortet Verf. wie anläßlich früherer Untersuchungen in bezug auf Pneumonie, Krisis, Exitus letalis positiv mit ja. Er pflichtet der Ansicht des berühmten Claudius Galenus bei: Beim Kampf des menschlichen Organismus mit den Entzündungserregern (Pneumonie) ist zur Zeit der großen Gezeitenschwankung, bei genügender Widerstandskraft, die Wendung zur Krisis, bei Uebermacht und bösartigem Charakter der Kokken durch Förderung ihrer Arbeit der Eintritt des Exitus letalis begünstigt, mit anderen Worten: „an kritischen Tagen naht die Entscheidung". Bei der Begünstigung des Auftretens des epileptischen Anfalls an Tagen mit großer Gezeitenamplitude handelt es sich ähnlich wie beim Initialfrost der croupösen Pneumonie um eine Störung des labilen Gleichgewichtszustandes durch Förderung der eigentlichen Ursache oder Schwächung der Abwehr oder durch beides gleichzeitig. Bei allen Untersuchungen Verfs. treten immer wieder Ergebnisse zutage, welche harmonisch sind mit den Gezeitenerscheinungen, und es weisen vorläufig alle darauf hin, daß der gemeinsamen Ursache (Gravitation) eine ganz fundamentale Wirkung auf sehr heterogene Erscheinungen in der Lebewelt zukommt.

Oberstabsarzt Prof. Dr. **Arthur von Sarbó** (Budapest): **Ueber die Wirkungsart der epiduralen Injektion bei Ischias und bei Enuresis nocturna.** (Die Therapie der Gegenwart, September 1916.)

Verf. versucht, die Wirksamkeit, welche Injektionen anästhesierender Flüssigkeiten (Novocain, Eucain β u. a.) in dem epiduralen Raume entfalten, zu erklären. Verf. erbrachte 1909

den klinischen Beweis, daß der Tibialis derjenige Nerv sei, welcher sowohl den sensiblen als auch den motorischen Schenkel des Achillesreflexes bildet. Der Peroneus hat mit dem Achillesreflex nichts zu tun. Verf. sah nie, daß bei reiner Peroneuslähmung der Achillesreflex gefehlt hätte. Demgegenüber konnte er in zahlreichen Fällen von reiner Tibialisverletzung stets Achillesareflexie mit der, vom Verf. als charakteristisch beschriebenen Sensibilitätsstörung: Hypästhesie oder Anästhesie der Gegend unterhalb des äußeren Knöchels vergesellschaftet konstatieren. Diesen Zusammenhang der erwähnten Sensibilitätsstörung mit dem Fehlen des Achillesreflexes hat Verf. in zahlreichen Fällen von Ischias nachgewiesen. Weitere Untersuchungen ließen ihn einen charakteristischen Symptomenkomplex des Befallenseins des zweiten Sakralsegments aufstellen. Zu diesem Symptomenkomplex gehört die erwähnte Sensibilitätsstörung und die Achillesareflexie, nur ist der Umfang der Sensibilitätsstörung ein größerer. Durch Neurektomien konnte Verf. sich davon überzeugen, daß der durch ihn mittels klinischer Untersuchungen eruierte Verbreitungsbezirk des zweiten Sakralsegmentes sich mit derjenigen Ausdehnung von Sensibilitätsstörungen vollkommen deckt, welche wir bei totaler Querdurchtrennung des Ischiadicus (unterhalb der Glutäalfalte) bekommen. Dieser Sensibilitätsausfall gehört sicher zu den sakralen Wurzeln, gehört also ins Bereich der Tibialis. Hieraus folgt, daß den weitaus größten sensiblen Anteil des Ischiadicus der Tibialis liefert. Dagegen ist der Peroneus ein vorwiegend motorischer Nerv. Diese Feststellung, daß der tibiale Anteil des Ischiadicusstammes der sensible ist, stimmt sehr gut mit der klinischen Erfahrung überein, wonach in sehr vielen Fällen von Ischias der Schmerz in den Unterschenkeln in den Waden lokalisiert wird. Wir wissen ferner, daß der Tibialis sich vornehmlich aus der ersten, zweiten und dritten Sakralwurzel zusammensetzt, während der Peroneus aus L_4 L_5 teilweise aus S_1 stammt. Nun befinden sich von den lumbosakralen Wurzeln, aus welchen sich der Ischiadicus zusammensetzt, die sakralen in dem Canalis sacralis, wohin die anästhesierende Flüssigkeit bei der epiduralen Injektion eingespritzt wird, dieselben werden anästhesiert und da aus ihnen der vornehmlich sensible Anteil des Ischiadicus, der Tibialis entspringt, ist hierdurch die schmerzstillende Wirkung dieser anästhesierenden epiduralen Injektion bei Ischias erklärt. Wir wissen ferner, daß die motorischen und sensiblen Nerven für die Blase von den sakralen Wurzeln stammen. Es ist naheliegend, daran zu denken, daß der gute Erfolg der epiduralen Injektion bei Enuresis nocturna darauf zurückzuführen sei, daß die Wurzeln, aus denen die sensiblen Blasennerven entstammen, im Canalis sacralis anästhesiert werden. Hierdurch entfällt der Reiz, welcher die Blase zur Kontraktion anregt, und so bleibt die Enuresis aus.

Dr. **Pflanz**, Spezialarzt für Urologie in Neukölln: **Ein Fall von Sepsis nach Gonorrhoe (Gonokokkensepsis).** (Medizin. Klinik, 1916, No. 31.)

Es handelt sich in diesem Fall um einen Pat., der sich vor fünf Jahren mit Tripper infiziert hatte und jetzt an frischer Gonorrhoe erkrankte. Es traten zu der anfangs einfachen vorderen Urethralgonorrhoe Komplikationen von seiten der Prostata, Nebenhoden, Hoden und Blase auf, Komplikationen, die im weiteren schnellen Verlauf zu einer allgemeinen Sepsis mit Infarktbildung in der Lunge, Herzinsuffizienz und damit zum Tode führten. Zunächst interessiert von den unmittelbar mit der Gonorrhoe zusammenhängenden Komplikationen die Orchitis abscedens und die Pericystitis phlegmonosa incipiens. Eine Pericystitis in dem Umfang, daß die Vorderfläche der Blase einen derben speckigen Belag aufweist und als derber Knollen intra vitam imponiert, ist bei der Gonorrhoea complicata selten, ebenso die abszedierende Orchitis. Aus diesen schweren Erscheinungen läßt sich auch der weitere stürmische Verlauf der Erkrankung erklären. Wo ist nun der Ausgangspunkt für die allgemeine Sepsis zu suchen? Die eine Möglichkeit ist die, daß von dem Prostataabszeß eine zirkumskripte Periprostatitis entstand und von hier aus der Prozeß auf die Blasenoberfläche übergriff; weiter wurden die Lymphgefäße des Plexus spermaticus in Mitleidenschaft gezogen und es kam zur Ueberschwemmung des Blutes mit den Krankheitskeimen. Eine andere Möglichkeit wäre, daß die plötzlich aufgetretene Epididymitis mit Uebergreifen auf den Hoden die foudroyante Sepsis bedingte. Im Nebenhoden fand sich ein Abszeß, ferner reichliche punktförmige Blutungen, im Hodenparenchym unregelmäßig gelagerte hanfkerngroße Abszesse, das rechte Vas deferens bildete einen zeigefingerdicken entzündeten Strang. Die Lympfgefäße des Vas deferens bildeten den Weg für die Ausbreitung der weiteren Komplikationen. Lymphgefäß und Vas deferens verlaufen bis zum Blasengrund, den es dann verläßt, um gegen die hintere Wand des kleinen Beckens retroperitoneal zu ziehen und einen Lymphknoten zu bilden. Es kam zu einer Perifuniculitis mit Perilymphangoitis und Uebergreifen auf die äußere Blasenwand. Man kann mit Sicherheit annehmen, daß der Plexus spermaticus der Ausgangspunkt für die Sepsis gewesen ist. Der embolische Infarkt in der Lunge findet seine Erklärung auf dem Venenwege vom Plexus pudendus durch die Vena hypogastrica, Vena cava inferior. Die zirkumskripte fibrinöse Pleuritis entstand als Folgezustand des Lungeninfarktes. Daß es sich im vorliegenden Falle um eine foudroyante Sepsis gehandelt hat, ergibt sich aus dem klinischen Verlauf und dem Sektionsbefund. Die mehr oder weniger entzündlichen Erscheinungen in fast allen Organen und der sehr schnell innerhalb weniger Tage zum Tode führende Verlauf der Erkrankung finden sich nur bei septischen Prozessen. Die sehr wichtige Frage, ob die Sepsis durch Gonokokken oder durch eine Mischinfektion bedingt war, ließ sich nicht einwandfrei entscheiden. Kr.

Dr. **Julius Levi**, Ldst.-Arzt: **Ueber die Behandlung mit Quecksilber-Gleitpuder.** Aus dem Barackenlazarett Bruchsal. (Deutsche med. Wochenschr., 1916, No. 37.)

Der Quecksilber-Gleitpuder wurde bei den verschiedensten Erkrankungen der Haut angewendet, vor allem aber bei den verschiedenen Stadien der Lues. Bei großen Primäraffekten mit schmierig-eitrig belegtem Grund konnte beobachtet werden, wie in kurzer Zeit das Geschwür sich reinigte und dann abheilte. Der Quecksilber-Gleitpuder wurde lokal auf den Primäraffekt gestäubt und bewirkte in kurzer Zeit Austrocknung und Heilung des Ulcus. Auch bei den Sekundärerscheinungen der Lues, besonders bei der Lokaltherapie der nässenden breiten Papeln, leistete der Quecksilber-Gleitpuder vortreffliche Dienste. Meist schon wenige Tage nach der Einpuderung waren die Kondylome vollständig trocken, schmolzen ein und überhäuteten sich in den nächsten Tagen, um dann rasch abzuheilen. Ferner wurden auch bei tertiär luetischen Erkrankungen durch lokale Behandlung mit Quecksilber-Gleitpuder die Geschwüre gut beeinflußt. Zu Inunktionskuren an Stelle der grauen Salbe wurde der Quecksilber-Gleitpuder nur in wenigen Fällen angewendet, so daß hierüber der Verfasser noch kein abschließendes Urteil abgeben kann. Endlich wurde der Gleitpuder noch bei den verschiedensten anderen Hautleiden wie z. B. bei nässenden Ekzemen, Balanitiden, Unterschenkelgeschwüren u. a. m. angewendet und fast immer mit guten Erfolgen. Vor allem aber war es die immer stark austrocknende und desinfizierende Eigenschaft des Puders, die besonders in die Erscheinung trat. — Der Quecksilber-Gleitpuder wird auf Veranlassung von Prof. Unna (Hamburg) von der Chemischen Fabrik Fritz Kripke G. m. b. H., Berlin-Neukölln) in Originalpackungen in den Handel gebracht.

—e.

Dr. **Heusner** (Gießen): **Granugenol Knoll in der Dermatologie.** (Deutsche med. Wochenschr., 1916, No. 40.)

Nach den Erfahrungen des Autors kann die Anwendung des Granugenols nicht nur für die Wundbehandlung allein, sondern auch in der Dermatologie bestens empfohlen werden. Die Erfolge des Granugenols bei Berufsekzem der Hände und Arme waren sehr befriedigend, die schwersten Erscheinungen gingen in kurzer Zeit zurück. Ebenso ließen Schmerzen und Jucken bald nach. Bei sehr stark juckenden Ekzemen wurde ½—1 Proz. Vernisanum purum zugesetzt. Diese Kombination hat sich insbesondere bei hartnäckigen Kinderekzemen gut bewährt. Einige leichtere Fälle von Impetigo contagiosa heilten mit Granugenol-Salbe binnen wenigen Tagen ab, ebenso ein Fall von ausgedehntem Ekzema impetiginosum am linken Mundwinkel, der bis über den Jochbogen hinausreichte. Ein schweres Ekzema seborrhoicum mit nässenden Stellen hinter den Ohren sowie Ekzema marginatum unter den Mammae und am Nabel bei einer 52 jährigen verschwand nach Granugenolanwendung ebenfalls rasch. Bei einem besonders hartnäckigen Falle mit dicken, borkigen, übelriechenden Auflagerungen auf Stirn und Kopf, der bisher durch andere Mittel nicht beeinflußt werden konnte, trat nach Granugenolgebrauch baldige Besserung ein. Ein Ekzema pustulosum an den Händen heilte binnen 4 Tagen. Die Anwendung des Granugenols geschah von H. entweder unverdünnt oder mit Paraffin. liquid. gemischt, was aber nur erforderlich ist, wenn den Kranken der geringe Geruch des Präparates unangenehm sein sollte. Empfehlenswerter ist die Anwendung als 50- oder 70 proz. Salbe (Granugenol 70,0, Lanolin. anhydr. 10,0, Paraffin. solid. 20,0). Das reine Oel wurde bei krustösen und nässenden Ekzemen, Impetigo usw., wenn noch frische Erscheinungen vorlagen, verordnet. Zur Nachbehandlung und bei Seborrhoea sicca des Kopfes diente gleichfalls die Salbe. Außer bei dermatologischen Fällen scheint nach H. Granugenol auch für die Geschlechtskrankheiten, Gonorrhoe, Leistenbubo, vielleicht auch Ulcus molle verwendbar, doch gestatten die Versuche auf diesen Indikationsgebieten noch kein endgültiges Urteil. Die Erfahrungen des Verf. beweisen, daß das Verwendungsgebiet des Granugenols mit der Anwendung für Wunden noch keineswegs erschöpft ist. K.

Prof. **Tilmann** (Cöln): **Operationen an der Arteria anonyma und Carotis sinistra unter Blutleere.** (Zentralbl. f. Chir., 1916, No. 33.)

Verf. wählte in einem Falle von Aneurysma der linken Carotis hinter dem sternalen Ende der Clavicula folgenden Weg der Operation: Er resezierte die 7. Rippe und eröffnete die linke Pleurahöhle. Die Lunge wurde durch den Schömakerschen Ueberdruckapparat gebläht gehalten. Dann führte der Assistent einen Finger in die Pleurahöhle, den zweiten drückte er ins Jugulum. Er konnte so die Carotis am Abgang von dem Aortenbogen zwischen den beiden Fingern leicht und sicher komprimieren. Der Operateur konnte dann von der Oberschlüsselbeingrube aus leicht das Aneurysma öffnen, das Loch in der Arterie finden und vernähen, die Blutleere war eine vollständige. Dann wurde die Rippe reponiert und alles vernäht. Der Fall ist glatt verheilt. Die Methode läßt sich rechts in gleicher Weise an der Anonyma ausführen. Damit haben die Operationen an den von der Aorta abgehenden Gefäßen ihren Schrecken verloren. Kr.

III. Bücherschau.

Vorschrift für die Leibesübungen in Lazaretten, Genesungsheimen und Genesenden-Kompagnien. Berlin 1916, Verlag von Urban u. Schwarzenberg. 100 S. 1,60 M.

Als Einleitung enthält diese Veröffentlichung 2 Abhandlungen von Generaloberarzt Dr. Leu: 1. Die Leibesübungen, ihr Wesen und ihre Bedeutung für den menschlichen Organismus. 2. Kurzer Abriß über die Lebensvorgänge im menschlichen Körper (Physiologie der Körperbewegungen). Dann folgt als eigentlicher Inhalt der Schrift die „Einteilung, Ausführung und Wirkung der Leibesübungen" von Dr. Radike und Hauptmann Joachimi. Hier werden ins einzelne Anweisungen zur Ausführung der Uebungen gegeben, erläutert durch Abbildungen. Den Schluß bildet eine kurze Beschreibung einiger Turnspiele. Die Schrift ist in erster Linie für die an den Lazaretten tätigen leitenden und ordinierenden Aerzte bestimmt; sie soll es diesen ermöglichen, das verfügbare Unterpersonal zu tüchtigen Helfern bei der Leitung der Leibesübungen heranzubilden, sie soll es den Aerzten ferner erleichtern, für jeden Fall den Uebungsplan aufzustellen. Die Schrift ist so abgefaßt, daß auch intelligentere Unteroffiziere sehr wohl durch Selbstbelehrung für die Leitung der Leibesübungen sich vorbereiten können.

Heilen und Helfen. Von Dr. **Hermann Dekker.** Stuttgart 1916, Kosmos, Gesellschaft der Naturfreunde. Geschäftsstelle: Franckhsche Buchhandlung. 87 S. 1 M.

Vorliegende Schrift gibt, durchweg im besonderen Hinblick auf die Kriegsverletzungen, eine allgemeinverständliche Darstellung der biologischen Vorgänge bei den Verletzungen und deren Naturheilung, sie schildert in anschaulicher Weise die Grenzen der Naturheilung und die Bedeutung, die dem ärztlichen Eingreifen zukommt, wenn es gilt, die dem Verletzten drohenden Gefahren abzuwehren, die Mängel der Naturheilung auszugleichen und nach Möglichkeit die gestörte Funktion des Organismus dem normalen Zustand anzunähern. Der Verf. verfügt über die Gabe, in schwungvoller volkstümlicher Sprache sich auch weniger Gebildeten verständlich zu machen, so daß das kleine Buch weitesten Volkskreisen als Lektüre empfohlen werden kann. Zahlreiche gut ausgeführte Abbildungen kommen dem Verständnis zu Hilfe. Für Lazarettbibliotheken ist die Schrift recht empfehlenswert.

Das Wechselspiel der Geschlechter im Dienste der Fortpflanzung. Von Dr. **Adolf Zöller,** Oberstabsarzt a. D., Berlin-Grunewald. Mit 39 Textabbildungen. München 1916, Verlag der Aerztlichen Rundschau (Otto Gmelin). 70 S.

Auch diese Schrift gehört in die Klasse der allgemeinverständlichen. Sie gibt eine übersichtliche, durch zahlreiche Abbildungen erläuterte Schilderung der verschiedenen Arten der Fortpflanzung von den einzelligen Lebewesen bis zu den höchsten Pflanzen und Tieren einschließlich des Menschen. Die Schrift ist geeignet, weiteren Kreisen zweckmäßige Belehrung zu vermitteln. R. L.

IV. Tagesgeschichte.

Standesangelegenheiten, Medizinal-Gesetzgebung, soziale Medizin etc.

Berlin. Auf Anfrage des Reichstagsabgeordneten Alpers über etwaige Maßnahmen gegen die **Schädigung der Praxis kriegsdiensttuender Aerzte** hat am 3. November Ministerialdirektor Lewald folgendes geantwortet: „Es liegt auf der Hand, daß die im Heeresdienst stehenden Angehörigen der freien Berufe dadurch in ihrem Erwerbsleben geschädigt werden können, daß während ihrer Abwesenheit sich militärfreie Berufsgenossen am Orte ihrer Praxis niederlassen. Die Schädigungen, die den Angehörigen der freien Berufe dadurch zugefügt werden, sind Gegenstand aufmerksamer Prüfung. Es kann jedoch nicht zugesagt werden, daß den aus dem Felde heimkehrenden Rechtsanwälten und Aerzten die Wiedergewinnung ihrer Praxis dadurch erleichtert wird, daß sie ihre Dienste öffentlich anpreisen dürfen."

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. An der unter Leitung des Herrn Geheimrats Prof. Dr. Strassmann stehenden **Unterrichtsanstalt für Staatsarzneikunde** der Universität ist eine Herrn Dr. G. Bucky unterstellte **Röntgenabteilung** eingerichtet worden, die für gerichtlich-medizinische Untersuchungen und Begutachtungen bestimmt ist. Die Abteilung steht allen als gerichtliche Sachverständige tätigen Aerzten für die genannten Zwecke zur Verfügung.

Posen. Im Alter von 73 Jahren starb hierselbst Geh. Sanitätsrat Dr. J. Pauly, einer der angesehensten Aerzte seiner Provinz, früher leitender Arzt des städtischen Krankenhauses.

Hannover. Im Alter von 58 Jahren starb hierselbst Sanitätsrat Prof. Dr. Ludwig Bruns, der sich als Nervenarzt einen Namen gemacht hat. Schüler von Eduard Hitzig, übernahm er später die Leitung der inneren Abteilung des Kinderkrankenhauses seiner Vaterstadt Hannover. Seine wissenschaftlichen Arbeiten auf dem Gebiete der Nervenheilkunde, teils als Einzelabhandlungen, teils in Buchform erschienen, wurden durch die Verleihung des Professortitels anerkannt. In den letzten Jahren war Bruns Vorsitzender der Hannoveranischen Aerztekammer.

Düsseldorf. Prof. Dr. Hermann Beitzke, gegenwärtig Ordinarius der pathologischen Anatomie an der Universität Lausanne, ist als ordentliches Mitglied der hiesigen Akademie für praktische Medizin, Professor der allgemeinen Pathologie und pathologischen Anatomie und Direktor des zugehörigen akademischen Instituts hierher berufen worden.

Frankfurt a. M. Zahnarzt Dr. Karl Fritsch, der die technische Abteilung des zahnärztlichen Universitätsinstituts leitet, hat sich für Zahnheilkunde habilitiert.

Leipzig. Im Alter von 51 Jahren starb der Privatdozent der Kinderheilkunde Dr. Max Seiffert, Leiter der städtischen Kindermilchanstalt.

Zürich. Im Alter von 71 Jahren starb hierselbst Frau Dr. Marie Heim-Vögtlin, die erste schweizerische und damit auch europäische approbierte Aerztin der neueren Zeit. Sie übte seit 1874 in Zürich die ärztliche Praxis aus. Auch als populär-wissenschaftliche Schriftstellerin, speziell auf dem Gebiete der Säuglingspflege, ist sie mehrfach hervorgetreten.

Verschiedenes.

Berlin. Von den Landesversicherungsanstalten sind bis jetzt etwa 70 **Beratungsstellen für Geschlechtskranke** errichtet worden. Ueber die dabei gemachten Erfahrungen ist kürzlich im Reichsversicherungsamt unter Zuziehung von Vertretern der beteiligten Behörden, der Landesversicherungsanstalten und der großen ärztlichen Verbände eingehend beraten worden. Mit Rücksicht auf die schwere Gefährdung, die eine unsachgemäße Behandlung der Geschlechtskranken für diese selbst wie auch für das Volksganze bedeutet, hat die Versammlung einmütig folgender Entschließung zugestimmt, die darauf abzielt, die während des Krieges als wirksam erprobten Maßnahmen der stellvertretenden Generalkommandos gegen jegliche Kurpfuscherei bei Geschlechtskrankheiten in den Frieden zu überführen: „Die am 27. Oktober 1916 im Reichsversicherungsamt zu einer Aussprache über weitere Maßnahmen für die Einrichtung der Beratungsstellen für Geschlechtskranke Versammelten sind darin einig, daß der Kampf gegen diese Krankheiten aussichtsvoll nur geführt werden kann, wenn der Kurpfuscherei auf diesem Gebiete gesetzlich entgegengetreten wird. Zunächst muß durch Gesetz jedes Behandeln von Geschlechtskrankheiten, unbekümmert um ihren körperlichen Sitz, durch ärztlich nicht approbierte Personen verboten werden, ebenso wie das Abgeben von Heilmitteln gegen Geschlechtskrankheiten durch Apotheken, Drogisten und andere Verkaufsstellen ohne ärztliche Verordnung. Es soll ferner gesetzlich verboten sein die Verbreitung von Druckschriften, die Anleitungen zur Selbstbehandlung von Geschlechtskrankheiten — auch in verschleierter Form, z. B. Danksagungen, Anpreisungen, Empfehlungen — enthalten. Endlich soll grundsätzlich jede Fernbehandlung von Geschlechtskranken und jedes öffentliche Anerbieten zur Behandlung von solchen Kranken verboten werden. Dieses Verbot soll sich nicht beziehen auf die üblichen Schilder an den Wohnungen approbierter Aerzte und auf ihre üblichen Anzeigen in den Zeitungen über Niederlassung, Wohnungswechsel, Rückkehr von Reisen u. dgl."

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: San.-Rat Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil S. Caspari, Berlin-Schöneberg.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW. 68, Alexandrinenstraße 110.

85. Jahrgang **Berlin, 2. Dezember 1916** **No. 49**

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Steinplatz 105 56

85. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W. 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Geruch und Ekel*).

Von **Wilhelm Sternberg.**

Das Wesen des Genusses zu ergründen, muß man auch des Gegenteils von Genuß gedenken. Kümmert sich doch auch die Biologie nicht bloß um die Gesundheit, sondern auch um die Krankheit, die Rechtswissenschaft nicht bloß um das Recht, sondern auch um das Unrecht, die Religionswissenschaft auch um die Sünde, die Ethik nicht bloß um das Gute, sondern auch um das Schlechte. Und das Gegenteil vom Genuß und ebenso von der Genußsucht ist der Ekel. Die gründliche Betrachtung jedes einzelnen Faktors vom Genuß und seiner Bedeutung für den Genuß erfordert es, daß man sich nicht mit der Feststellung seiner Beziehungen zum positiven Genuß einfach genügen läßt, sondern daß man die Einwirkung jedes Faktors auch auf den Ekel ins Auge faßt. Ganz besonders haben wir die Verpflichtung, gerade die Beziehungen des Geruchs zum Ekel in den Mittelpunkt eingehender Behandlung zu rücken. Denn der Geruch ist an sich der undankbarste aller Sinne. Nicht allein, daß er nur selten positiven Genuß und positives Wohlbehagen zu bereiten vermag, schafft er allzu häufig das Gegenteil, Mißbehagen und Mißvergnügen. Schon der Küchengeruch kann für uns ekelerregend sein, wie Rubner[1]) hervorhebt. Dazu kommt noch, daß der üble Geruch auch jeden weiteren Genuß stört und zerstört, selbst wenn der Genuß von ganz anderer Seite kommt. Vermöge seiner Fernwirkung vermag der Geruch sogar den anderen unbeteiligten Menschen jeden Genuß zu verleiden. Daher ist das Machtgebiet des üblen Geruchs das umfangreichste in negativem Sinne.

Die Folgeerscheinungen des üblen Geruchs sind dreierlei Art. Erstlich können psychische Erkrankungen durch den Gestank entstehen, wie dies Lewin[2]) neuerdings beweist. Sodann besteht die Gefahr der Infektion und Intoxikation durch Riechstoffe. Durch bloße Aufnahme von flüchtigen Riechstoffen, die den Tuberkelbazillen ihren, manchem freilich als milde, nicht unangenehm erscheinenden Geruch verleihen, kann die „Riechstoff-Erkrankung" oder „Riechstoff-Vergiftung" eintreten, von der Leschke[3]) berichtet.

*) Abschnitt aus meiner Schrift: „Die Physiologie des Geruchs. Geruch und Genuß der Genußmittel. Eine diätetische Studie." Verlag Chr. Herm. Tauchnitz, Leipzig 1917.
1) Klin. Jahrbuch, 1892, IV, S 106.
2) Furcht und Grauen als Unfallsursache. Berl. klin. Wochenschrift, 1894, No. 8, S. 53.
3) Ueber Vergiftung mit den Riechstoffen der Tuberkelbazillen. Med. Klinik, 1911, No. 12.

Endlich ist noch eine andere Uebertragung durch den Geruch möglich, die nicht auf Infektion oder Intoxikation, sondern auf Erregung des Ekelgefühls beruht. Also nicht Gesundheits-Schädigung und nicht Gesundheits-Zerstörung, sondern bloß vorübergehende Gesundheits-Störung kann die Folge sein. Und das ist die häufigste Folgeerscheinung des üblen Geruchs.

Jede Person der Umgebung kann durch schlechten Geruch eines Kranken so mitgenommen werden, daß sie sich ekelt und sogar erbrechen muß. Ein Fall aus meiner Praxis ist sehr lehrreich in dieser Hinsicht.

Ein seine Gattin innig liebender Mann, der an fötider Bronchitis, Broncho-Pneumonie und Lungengangrän litt, fühlte sein Ende nahen und wollte seiner Gattin den letzten Scheidegruß entbieten mit dem Abschiedskuß. Die Frau, die die Liebe ihres sterbenden Gatten aufrichtig erwidert, reicht ihm ihre Wange zum Kuß, und selbst als jener ihren Mund flehentlichst bittend sucht, ist sie nicht dazu zu bewegen, ihm ihren Mund zum Kusse zu reichen. Sein Geruch war so fötide, daß sie sich bei aller Liebe zu ihrem Mann ekelt, zumal vor seinem Mund, vollends vor der Berührung ihres eigenen Mundes mit seinem Munde.

Selbst Aerzte können sich des Ekels, ja sogar des Erbrechens nicht erwehren, wenn der üble Geruch von Kranken sie belästigt. Ich erwähne nur zwei Fälle von einem lange Jahre praktizierenden Arzte, der durchaus nicht etwa empfindlich ist, ja nicht einmal durch geistige Vorstellungen zum Ekel gebracht werden kann. Bei einem Kranken seiner Praxis kam in seiner Gegenwart ein subphrenischer Abszeß zum Durchbruch und verbreitete einen solchen Gestank, daß der Arzt, von gewaltigem Ekel ergriffen, sich nicht halten konnte und schleunigst zur Wasserleitung eilen mußte, um sich zu erbrechen. Sogar viele Stunden hinterher konnte er nichts zu sich nehmen und nichts über die Lippen bringen, nicht einmal seine persönliche Leibspeise und sein liebstes Genußmittel in den Mund nehmen. Die Einwirkung des üblen Geruchs war so groß, der Brechreiz so unwiderstehlich, die Nahrungs-Aufnahme so gehemmt, daß er noch jetzt hinterher annimmt, es müsse sich gar um eine Resorption von Riechstoffen gehandelt haben, die brechenerregende Wirkung haben müßten.

In einem anderen Fall hatte derselbe Arzt einen Tampon aus dem Uterus einer Kranken zu entfernen, der vom zuerst behandelnden Arzt vergessen und daher sechs Tage im Uterus verblieben war. Auch in diesem Fall war der Gestank so unerträglich, daß der Arzt vom Ekel überwältigt wurde und eiligst das Zimmer verlassen mußte, um sich zu erbrechen. Der Brechreiz infolge des üblen Geruchs und des Ekels war dermaßen unwiderstehlich.

In dieser Hinsicht war es früher um die Kranken, deren Umgebung und auch um die Aerzte viel schlechter bestellt als heutzutage. „In den schlecht ventilierten Räumen der Klinik", so erzählt König[4]), „machte sich der Nase ein häßlicher Geruch geltend. Den Besuchern der Klinik war er wohl bekannt: es roch nach Eiter."

Dieffenbach[5]) schildert das Elend der Harnfisteln in früheren Zeiten mit folgenden Worten: „Eine Blasenscheidenfistel ist für ein Weib das größte Unglück, und besonders deshalb, weil es verdammt ist, damit zu leben, und nicht einmal die Aussicht hat, daran zu sterben, sondern alle die damit verbundenen Qualen solange zu ertragen, bis es einer anderen Krankheit oder dem Alter erliegt. Es kann keinen traurigeren Zustand geben, als den, in welchen eine Frau durch eine Blasenscheidenfistel versetzt wird. Der fortwährend in die Scheide fließende Urin wird hier zum Teil verhalten und fließt erhitzt, einen unerträglichen Geruch verbreitend, über die Lefzen, den Damm, das Gesäß und die Schenkel herab."

Früher war jede Krebskranke, wie Freund[6]) sagt, „ein Gegenstand des Grauens für den Arzt. Der ältere Kollege suchte sich so schnell wie möglich mit guter Manier dieser Kranken zu entledigen und übertrug dem jüngeren, speziell dem Assistenten, die schwere Rolle, solche Kranken zu Tode zu pflegen. Die Behandlung bestand in der Applikation reichlicher Ausspülungen mit allerlei adstringierenden und desodorierenden Flüssigkeiten."

Deshalb kann man nicht einmal das Wort Gestank und Stinkstoff in guter Gesellschaft, gewiß nicht beim Essen, erwähnen, ja nicht einmal in bildlichem Sinne. So erklärt sich der Widerspruch gegen Gregor[7]), der von Gestank in übertragenem Sinne redet; sogar in einfacher Gesellschaft und in bescheidensten Verhältnissen erhebt sich ein Sturm der Entrüstung gegen ihn.

Der Ekel infolge des üblen Geruchs kann jeden anderen Sinnesgenuß und Kunstgenuß stören oder zerstören. Daher ist die Desodoration tatsächlich das einzig heilsame Mittel. Deshalb ist es wirklich als ein Fortschritt und ein Dienst im Interesse der Kranken, der ganzen gesunden und kranken Umgebung im Krankenhaus und zugleich der Aerzte anzusehen, wenn man, wie Czerny[8]) angibt, die Exkremente im Krankenzimmer leicht und schnell desodorieren kann. Diese Desodorierung ist grundverschieden von der Desinfizierung. Aber die Folgeerscheinung ist ebenso wohltätig hier wie da. Hier wird die Gesundheits-Schädigung und -Zerstörung, da die Gesundheits-Störung verhütet.

Da der Geruch am leichtesten von allen Sinnesreizen das psychische Ekelgefühl, das Vorgefühl des Exports aus dem Magen, erregt, ist es die Sinnes-Physiologie, insbesondere die des Geruchs-Sinnes, die die Diätetik und Magen-Pathologie mit der Psychologie verbindet. Ja, die Physiologie des Sinnesgenusses schlägt die Brücke zwischen Diätetik und Philosophie, so daß es den Anschein haben könnte, als strecke die Physiologie des Genusses zu neuem Bunde der Philosophie eine Hand entgegen.

II. Referate.

Dr. **Hans Thiele**, Assistenzarzt am Stubenrauch-Kreiskrankenhause zu Berlin-Lichterfelde: **Ein neues Digitalis-Präparat: Liquitalis „Gehe".** (Therapie d. Gegenw., Oktober 1916.)

Von der chemischen Fabrik Gehe & Co., Aktiengesellschaft (Dresden-N.), wurde unter dem Namen Liquitalis ein neues Digitalis-Präparat in den Handel gebracht. Verf. hat das neue Präparat während 8 Monate im Lichterfelder Krankenhause wiederholt angewandt, und betont, daß der Effekt der beabsichtigten Digitaliswirkung beim Gebrauche dieses Präparates sich rasch zeigte und innerhalb der erlaubten Dosen (1 ccm Liquitalis = 0,1 g stark wirkender Fol. Digitalis) niemals Kumulativwirkung beobachtet wurde. Auch die bekannten Nebenerscheinungen, die den innerlichen Gebrauch von Digitalis erschweren, traten nie auf. Wenn ein nicht zu stark degenerierter Herzmuskel vorausgesetzt werden konnte, so ist es stets gelungen, das Ziel der Digitalistherapie, den Kreislauf zu regulieren, zu erreichen. Bei Fällen von anhaltender Herzmuskelinsuffizienz, z. B. infolge von valvulären Vitien an der Mitralis mit den bekannten Folgezuständen in Form von bedrohlichen Dekompensationsstörungen des Kreislaufes, war die Wirkung des Liquitalis besonders instruktiv, indem außer einer Pulsverlangsamung und gleichzeitiger Vermehrung der Diurese auch noch eine Erhöhung des arteriellen Blutdruckes eintrat, wodurch wiederum die beabsichtigte stärkere Füllung des arteriellen Systems sich einstellte. Auch bei anderen Zuständen von kardialer Insuffizienz war Verf. mit dem Präparat durchaus zufrieden. Außer per os kann Liquitalis auch in Form der intramuskulären Injektion dem Organismus ohne Bedenken einverleibt werden. Subkutane Injektionen sind dagegen zu vermeiden. Die intravenöse Darreichungsform ist bei Injektionen kleiner Mengen 1,0 bis 1,5 p. d. möglich.

Kr.

Dr. **O. Weber** (Davos-Platz): **Ein Beitrag zur Kenntnis der Hämaturie ohne bekannte Ursache.** (Münch. med. Wochenschrift, 1915, No. 46.)

Nach Verf. ist der Begriff der „essentiellen Hämaturie" ausschließlich für jene Nierenblutung zu reservieren, bei der auch nach genauester mikroskopischer Untersuchung der blutproduzierenden Niere keinerlei Ursache für die Entstehung der Hämaturie gefunden werden kann. Alle übrigen Fälle sollten als „Hämaturie mit unbekannter Ursache" bezeichnet werden. Die Ursache und Entstehungsweise der essentiellen Hämaturie sind noch dunkel; psychoneurotische Einflüsse auf die Nierenzirkulation sind für manche Fälle vielleicht von Bedeutung. Verf. berichtet speziell über einen 17 jährigen Kranken, der seit seinem 2. Lebensjahre an Hämaturie leidet. Sie tritt ohne äußere Veranlassung in Intervallen von Tagen bis mehreren Wochen auf, ist schmerzlos, ohne Beeinflussung des Allgemeinbefindens und äußert sich in einer mehr oder weniger starken Blutbeimischung, so daß die Urinfarbe leicht rötlich bis dunkelrot erscheint. Von meteorologischen Faktoren ist die Hämaturie unabhängig; Ruhekur und Aufenthalt im milden Klima brachten keine Besserung. Die Hämaturie verschlimmerte sich infolge angestrengter Schularbeit (wahrscheinlich durch das damit verbundene Sitzen in lordotischer Wirbelsäulenhaltung) besserte sich aber nach körperlicher Bewegung. Während eines 8 monatlichen Aufenthaltes im Hochgebirge, bei Liegekuren und täglichem 1—2 stündigen Spazierengehen, sowie namentlich durch Calciumtherapie (3 mal tägl. Calci. lactic. 1,0) wurde der Kranke von seiner Hämaturie nahezu geheilt, so daß im Urin nur noch durch mikroskopische Untersuchung Blutspuren sich nachweisen lassen. Eine Nierenkrankheit als Ursache der Hämaturie ließ sich nicht ermitteln.

Prof. **Erich Hoffmann** (Bonn): **Ueber Salvarsannatrium und die kombinierte Quecksilbersalvarsanbehandlung.** (Deutsche med. Wochenschr., 1915, No. 44.)

Verf. berichtet über seine Erfahrungen mit dem Salvarsannatrium. Er gibt es bei Männern in der Dosis 0,45—0,6 g, bei Frauen 0,3—0,45 g, und zwar jeden fünften bis siebenten Tag, wobei die größere Zahl die gewöhnliche Dosis darstellt, die kleinere im Beginn und bei sehr langer Kur auch am Schluß benutzt wird; bei empfindlichen oder geschwächten Kranken gibt Verf. auch bei Männern zunächst 0,3 g und steigt dann auf 0,45 g. Das Präparat wird in folgender Weise angewendet. Das goldgelbe Pulver wird im Verhältnis von 0,1 g auf 10—20 ccm einer 0,4 proz., aus frisch destilliertem Wasser bereiteten sterilisierten Kochsalzlösung unter aseptischen Kautelen in einem Erlenmeyerschen Kolben kalt gelöst und die frisch zubereitete Flüssigkeit mit dem Weintraudschen Apparat dem liegenden Kranken in die Kubitalvene infundiert. Verf. hält grundsätzlich an der kombinierten Quecksilber-Salvarsanbehandlung fest, wobei er das Hg in Form der Schmierkur anwendet. Nach seinen bisherigen Beobachtungen erklärt Verf. das Salvarsannatrium für ein gutes Ersatzmittel des Altsalvarsans, da es weniger Nebenerscheinungen macht, sehr einfach anzuwenden ist und auf alle Erscheinungen der Syphilis einschließlich der Wassermannschen Reaktion etwa ebensogut wirkt wie das alte Mittel.

R. L.

Prof. **G. Sultan**, beratender Chirurg im Felde: **Die Bolzungsresektion des Kniegelenkes.** (Zentralbl. f. Chir., 1916, No. 31.)

Die vorliegende Mitteilung beschäftigt sich lediglich mit einer bestimmten Form der Kniegelenksverletzung, nämlich mit Fällen, bei denen das unterste Femurende mitsamt der Kniescheibe zertrümmert ist, während die Gelenkfläche der Tibia und die Poplitealgefäße erhalten geblieben sind. Für solche Verletzungen empfiehlt Verf. eine neue Art der Knieresektion, welche er als Bolzungsresektion bezeichnet. Bisher verfügt Verf. über vier Fälle, welche beweisen, daß die Ope-

---

[4]) Fr. König (Berlin): Fünfzig Jahre chirurgischer Arbeit. Die Therapie der Gegenwart, Januar 1909, S 17.

[5]) W. A. Freund: Fünfzig Jahre Gynäkologie. Die Therapie der Gegenwart, 1909, S. 34.

[6]) Ebendaselbst. S. 38.

[7]) Ibsen: Die Wildente. Dritter Aufzug.

[8]) Ueber die Desodorierung von Exkrementen im Krankenzimmer. Berl klin. Wochenschr., 1912, No. 10.

ration sowohl primär bei frischen Verwundungen als auch sekundär bei bereits eingetretener Eiterung indiziert und mit gleich gutem Erfolg ausführbar ist. Verf. glaubt, daß auf diese Art manches Bein vor der Amputation wird bewahrt werden können. Den ersten Fall sah Verf. in einem Feldlazarett gegen Ende des Jahres 1914. Der Pat. war wenige Stunden zuvor durch eine Granate schwer verletzt worden und bot folgendes Bild dar: An der Vorderfläche des Kniegelenkes befand sich eine in ganzer Breite nach vorn offene Zertrümmerungshöhle, in welche man eine Faust hineinlegen konnte. Die Innenwand dieser Höhle sah schwarz, trocken, wie verkohlt aus. Der Inhalt wurde aus einem Knochenbrei gebildet, der sich aus den zerschmetterten Oberschenkelkondylen und der zertrümmerten Kniescheibe zusammensetzte. Die Hinterwand des Kniegelenks mitsamt den Gefäßen war unverletzt, ebenso die Gelenkfläche der Tibia. Bei der außerordentlich schweren Verletzung und dem schlechten Allgemeinzustande des Verwundeten lag der Gedanke der primären Oberschenkelamputation nahe. Verf. entschloß sich aber, den Versuch zu machen, das Bein zu erhalten, räumte in Narkose die ganze Zertrümmerungshöhle aus und frischte die Hautränder, sowie die ganze Innenwand der Höhle durch Exstirpation einer 2—3 mm dicken Gewebsschicht an. Nun bot sich eine saubere, über faustgroße Höhle dar, in welche von oben her das spitze Fragment des Femur hineinragte und welche nach unten von der unversehrten, noch von den Menisken bedeckten Tibiafläche begrenzt wurde. Um Femur und Tibia in feste Verbindung miteinander zu bringen, sägte Verf. von der Tibiafläche eine dünne Scheibe ab und meißelte vom Zentrum der Sägefläche aus ein daumendickes, etwa 4 cm tiefes Loch aus der Tibia heraus; dann sägte er das Femurende spitz zu, steckte es in das ausgemeißelte Loch der Tibia und bolzte es, indem Verf. auf die Fußsohle des vertikal erhobenen Beines einige kräftige Schläge ausführte, fest in die Tibia hinein. Drainage, Hautnaht, gefensterter Gipsverband. Die knöcherne feste Heilung in guter Streckstellung erfolgte unter geringer Eiterung ohne weitere Störung. Wiederholte Nachrichten, die Verf. von dem Kranken aus der Heimat inzwischen erhalten hat, besagen, daß er ein festes und tragfähiges Bein hat, mit dem er sehr gut gehen kann.

Prof. Dr. **L. Kredel: Soll man alle arteriovenösen Aneurysmen operieren?** (Zentralbl. f. Chir., 1916, No. 32.)

Es gibt eine große Zahl arteriovenöser Aneurysmen, welche keine oder nur kleine Gefäßgeschwulste bilden. Sie zeigen keine Neigung zu wachsen, machen keine Neuralgien, eine augenfällige Zirkulationsstörung oder Veränderung in dem peripheren Abschnitt der betreffenden Extremität tritt nicht ein. Ihr Hauptsymptom ist das Schwirren; dieses aber belästigt die Verletzten, wenigstens an den Extremitäten, gar nicht, am Halse zuweilen, aber auch nicht oft. Soll man nun lediglich des Schwirrens wegen einen immerhin schwierigen Eingriff machen? Arteriovenöse Aneurysmen kommen da zustande, wo die Gefäße noch ein gewisses Kaliber haben, also an der Wurzel der Extremitäten, in der Kniekehle, am Halse. Hier zu operieren kann man nicht als einen harmlosen Eingriff bezeichnen. Zwar die Gefahr der Gangrän scheint sich auf die eine oder andere Weise vermeiden oder doch sehr einschränken zu lassen. Verf. hat keine solche erlebt. Aber ein ernster Eingriff bleibt es immer, er muß sein Aequivalent in den Gefahren oder Beschwerden haben, welche die Affektion mit sich bringt oder in Zukunft bringen könnte. Verf. hat bisher schon verschiedene Fälle gesehen, welche ein Jahr zurückdatierten, und bei keinem von ihnen haben sich Uebelstände entwickelt. Von solchen Erwägungen geleitet, hat K. schon seit mehr als Jahresfrist die Operation derartiger Fälle abgeraten und die Verletzten nur darauf hingewiesen, daß sie sich beobachten und bei Eintritt von Verschlechterungen irgendwelcher Art wiederkommen sollten. Kr.

Privatdozent Dr. **A. Hamm** (Straßburg i. E.): **Tödliche Luftembolie durch Bolusinsufflation mit Nassauers Siccator.** (Münch. med. Wochenschr., 1915, No. 44.)

Verf. berichtet über einen Fall, welcher beweist, daß die Trockenbehandlung der Vaginitis mit dem Nassauerschen Siccator und ähnlichen Instrumenten nicht unbedingt gefahrlos ist. Eine 21 jährige Erstschwangere, welche wegen gonorrhoischer Vaginitis in Behandlung stand, bekam eine Einblasung von Silbernitratbolus; da diese gut gewirkt hatte, wurde bei der im 9. Monat der Gravidität stehenden Patientin die Einblasung nach 8 Tagen wiederholt. Die Einblasung wurde derart vorgenommen, daß der sterile Siccator in die entfaltete Vulva bis zu seiner größten Wölbung eingeführt und mit Hilfe des Gebläses der mit sterilem Bolus angefüllte Pulverbehälter entleert wurde. Dabei fiel auf, daß das beim Einblasen sonst auftretende Geräusch der Vulva bei den ersten 4—5 Kompressionen des Gummiballs nicht vernehmbar wurde, sondern erst nach leichtem Zurückziehen der Glasbirne sich einstellte. Daraufhin kam eine größere Menge Luft aus der Scheide, während deren Austritt der Pulverbläser vollends leer geblasen wurde. Als die Kranke nun auf dem Untersuchungsstuhl aufgerichtet wurde, fiel sie sofort bewußtlos auf ihren Sitz zurück, ihr Gesicht wurde dunkelblau, die Atmung wurde sehr beschleunigt, der Puls setzte aus und kam trotz sofortiger Kampfereinspritzung nicht mehr zum Vorschein; nach fünf Minuten hörte die Herzaktion völlig auf. Es wurde sofort als Todesursache eine durch die Lufteinblasung in die Scheide herbeigeführte Luftembolie angenommen. Die Sektion bestätigte diese Annahme. Es war, offenbar infolge des Luftüberdruckes in der Scheide, durch den trichterförmig klaffenden Gebärmutterhals Luft zwischen Amnion und Endometrium eingetreten, hatte auf der Innenfläche der vorderen Gebärmutterwand zu einer handtellergroßen Ablösung des Amnion mit blutiger Infiltration der Decidua sowie des angrenzenden Teiles der Muscularis geführt. Von dieser mit feinsten Hämorrhagien durchsetzten Fläche aus gelangte eine nicht unbeträchtliche Menge Luft in das Papillarsystem und von dort aus in die abführenden Venen. Im rechten Herzbeutel wurde bei der Sektion eine große Menge Luft nachgewiesen. — Verf. fordert auf Grund dieser Erfahrung, daß bei Schwangeren in Zukunft derartige Lufteinblasungen in die Scheide wegen der Gefahr der Luftembolie völlig unterlassen werden sollten. Die Scheidenschleimhaut erwies sich übrigens bei der Autopsie ganz gleichmäßig von oben bis unten mit Silbernitratbolus bepudert. Verf. will nun versuchen, ob man nicht durch Einstreuen großer Bolusmengen mittels Spekulum dasselbe erreichen kann, wie durch die Boluseinblasung; denn an sich ist die vaginale Puderbehandlung therapeutisch sehr wertvoll.

Dr. **Ernst Engelhorn** (Jena): **Zur Behandlung der Ausfallserscheinungen.** (Münch. med. Wochenschr., 1915, No. 45.)

Von älteren Aerzten wurde der Aderlaß bei klimakterischen Beschwerden vielfach angewendet. So empfahl Hufeland (Encheiridion medicum 1839) den Aderlaß im Klimakterium alle 6 Wochen bis 3 Monate auszuführen. Später wendeten Dyes und Schubart den Aderlaß gegen die Beschwerden des Klimakteriums an. Auf Grund seiner therapeutischen Versuche mit dem Aderlaß schließt sich Verf. diesen Autoren an; er fand in dem Aderlaß ein rasch und zuverlässig wirkendes Mittel gegen die nervösen Ausfallserscheinungen der Wechseljahre. Es genügte meist eine Blutentziehung von 100 ccm; unter Umständen ist der Aderlaß ein oder mehrere Male zu wiederholen. Auch bei den durch Dysfunktion des Ovariums (Amenorrhoe, Dysmenorrhoe, Infantilismus, Chlorose) bedingten nervösen Störungen der Entwicklungsjahre hat Verf. in einzelnen Fällen mit Erfolg den Aderlaß angewendet, und rät zu weiteren Versuchen in dieser Richtung.

Regierungs- und Medizinalrat Dr. **F. Koelsch**, k. b. Landesgewerbeamt in München: **Gewerbliche Vergiftungen durch Zelluloidlacke in der Flugzeugindustrie.** (Münch. med. Wochenschr., 1915, No. 46.)

In der Flugzeugindustrie werden bestimmte Teile der Flugzeuge zur Glättung sowie zum Schutz gegen Witterungseinflüsse mit einem Zelluloidlack überzogen. Die hierzu verwendeten Lacke stellen eine Auflösung der nicht brennbaren Azetylzellulose in verschiedenen Lösungsmitteln dar; als solche kommen hauptsächlich die gechlorten Kohlenwasserstoffe der aliphatischen Reihe (Chloroform, Tetrachlorkohlenstoff, Tetrachloräthan), ferner Azeton, Amylazetat, Ameisensäure in Betracht. Es hat sich nun herausgestellt, daß die Verwendung derartiger Flugzeuglacke durchaus nicht unbedenklich ist; in Johannisthal bei Berlin wurden bei den betreffenden Arbeitern mehrfache Erkrankungen beobachtet, von denen einige sogar tödlich verliefen. Als Ursache der Vergiftung sind die Zelluloidlösungsmittel anzusprechen, welche in Dampfform eingeatmet werden oder, weil fettlösend, auch die unverletzte Haut passieren. Es kommt hier sowohl nach der Häufigkeit seiner Verwendung wie auch bezüglich seiner Giftigkeit das Tetrachloräthan ($C_2H_2Cl_4$) in erster Linie in Betracht. Verfasser stellte daraufhin Erhebungen bei einer Flugzeugfabrik an, in welcher die Streichmasse Aviatol verwendet wird, welche der Hauptsache nach Tetrachloräthan enthält. Er stellte neun mit Aviatol gewerblich beschäftigte Arbeiter als unter charakteristischen Erscheinungen erkrankt fest. In allen Fällen fanden sich Magen-Darmsymptome mit Leberschwellung bezw. Ikterus, in einem Fall traten nervöse Symptome mehr in den Vordergrund. Außerdem gaben mehrere mit Aviatol beschäftigte Anstreicher an, daß sie beträchtlich abgemagert seien, trotz gesteigerten Appetits. Ferner fanden sich an Händen und Armen Parästhesien (Kribbeln, Reißen usw.), dazu Schwindelgefühl; gelegentlich wurde auch über Schmerzen in der Nabelgegend geklagt. — Einer der oben erwähnten 9 Fälle endigte tödlich, bei der Obduktion fand sich akute gelbe Leberatrophie. Verfasser erhebt auf Grund seiner Beobachtungen die Forderung, die Verwendung tetrachloräthanhaltiger Lacke ganz zu verbieten. R. L.

Prof. Dr. **Hochhaus** (Cöln a. Rh.): **Ueber die Verwendung der Trockenkartoffel zur menschlichen Nahrung.** (Therapeutische Monatshefte, September 1916.)

Eine neue Methode der Zubereitung nach einem patentierten Verfahren von Dr. Neckers in Cöln hat die Herstellung der Trockenkartoffel derart verbessert, daß die dadurch gelieferte Trockenkartoffel gerade für die menschliche Ernährung in vielen Fällen von großem Nutzen ist. Sie besteht in der Hauptsache darin, daß die Rohkartoffel zuerst gewaschen und geschält, dann gedämpft, nachher in besonderer Weise getrocknet und in Nudelform gepreßt wird. Es wird durch diese Neuerung in der Herstellung erreicht, daß diese Kartoffel vollkommen rein, von leichter poröser Beschaffenheit und z. T. schon aufgeschlossen ist. Der Nährwert ist ein sehr hoher und kommt fast dem des Weizenmehls gleich. Für die Ernährung wichtig ist dann noch der weitere Vorzug, daß diese Trockenkartoffel schon zum größten Teil aufgeschlossen ist. Nach Versuchen des Chemikers H. Wolff wird in 1¾ Stunden das gesamte Amylum in Dextrose umgewandelt, während bei der gewöhnlichen Kartoffel dazu mindestens 2½ Stunden erforderlich sind. Die Verwendbarkeit des Präparates in der Küche ist eine recht umfangreiche. Zuerst wird bei der weiteren Verarbeitung die Trockenkartoffel mit dem doppelten Gewicht warmen Wassers etwa ½ bis ¾ Stunden aufgesetzt, wodurch sie leicht aufquillt und bei der späteren Verwendung sofort in einen feinen Brei zerfällt. Verf. hat sie, mit Wasser und Fett und etwas Gewürz und Salz angerührt, zu Kartoffelsuppen gebraucht; mit etwas Milch und Wasser als Kartoffelbrei, aus dem dann auch Kartoffelfrikandellen und Klöße gemacht werden können, die Verf. dann meistens noch etwas in Fett geschmort hat. Mittels einer Handmühle läßt sich auch aus der Trockenkartoffel ein ziemlich feines Mehl herstellen, das besonders zu Panierzwecken zu gebrauchen ist. Der Geschmack dieser eben genannten Speisen ist fast der der reinen Kartoffel, nur wegen des höheren Salzgehaltes etwas salziger und kräftiger. Auf der Klinik hat Verf. die Trockenkartoffel in den verschiedensten eben genannten Anwendungsweisen viel gegeben, sowohl bei magen-darmgesunden Rekonvaleszenten, wie auch in geeigneter Form bei Magen- und Darmkranken. Die Rekonvaleszenten erhielten pro Tag bis 500 g, also 1500 Kalorien täglich, eine Menge, die sie mit dem besten Appetit genossen, ohne die geringste Beschwerde zu fühlen. Wollte man diese Anzahl von Kalorien in gewöhnlichen Kartoffeln verabreichen, so müßte man dazu wenigstens 1500 g geben, was wohl die wenigsten auf längere Zeit essen würden. Bei leicht fieberhaften Kranken, bei Tuberkulösen, dann auch bei Magenkranken, besonders bei Ulcus ventriculi und bei chronischen Diarrhöen hat Verf. die Trockenkartoffel meist als Suppeneinlage oder in Püreeform gegeben. Ganz besonders eignet sich diese Trockenkartoffel zu Kartoffelkuren bei Diabetikern. Verf. hat mit bestem Erfolge 800 g, an einzelnen Tagen bis zu 1000 g, Diabetikern gegeben; sie vertrugen diese große Menge ganz ausgezeichnet und der Erfolg in bezug auf die Ausnützung der Kohlehydrate war ein ausgezeichneter. Diese gut aufgeschlossenen Trockenkartoffeln eignen sich also sowohl für Rekonvaleszenten wie Kranke stets dort, wo man eine wenig voluminöse, gut verdauliche und dabei doch sehr kalorienhaltige Nahrung einverleiben will.

Kr.

III. Bücherschau.

Vorlesungen über Sprachstörungen. Von Sanitätsrat Dr. med. **Albert Liebmann**, Arzt für Sprachstörungen in Berlin. 10. Heft: Sprachstörungen bei Kriegsteilnehmern. 1916. Berlin W. 30, Verlag von Oscar Coblentz. 109 S. Preis 3 M.

In diesem neuen Heft seiner Vorlesungen schildert Verf. die Symptome und die Behandlung der Sprachstörungen bei Kriegsteilnehmern durch eingehende Besprechung einer Reihe von Einzelfällen. An 21 ausführlich wiedergegebenen Krankengeschichten führt uns L. die Mannigfaltigkeit der hier auftretenden Erscheinungen vor und zeigt die Wege, die man einschlagen muß, um den bedauernswerten Patienten wieder zu einem möglichst normalen Sprachvermögen zu verhelfen. In einem großen Teil der Fälle handelt es sich um die Folgen eines Kopfschusses; aber auch Sprachstörungen durch Nervenshok, Verschüttung, Darmerkrankungen usw. sind vertreten. Das Studium der lehrreichen Schrift kann nur empfohlen werden.

Ueber das **Kriegssteuergesetz** vom 21. Juni 1916 hat **A. Lachmund,** Kgl. Steuersekretär in Breslau, im Selbstverlag eine kleine Broschüre erscheinen lassen, die gleich den früheren Schriften desselben Verfassers über Steuerfragen ihren Gegenstand in leichtverständlicher, ausschließlich dem praktischen Bedürfnis Rechnung tragender Weise behandelt. Verf. erreicht dies dadurch, daß er sämtliche auf Grund dieses Gesetzes möglichen Besteuerungsfälle durch Zahlenbeispiele erläutert. Das Büchlein kann daher jedem empfohlen werden, der sich bereits jetzt über die ihm durch das Kriegssteuergesetz auferlegte Zahlungsverpflichtung unterrichten will.

L.

IV. Tagesgeschichte.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Prof. Dr. Julius Morgenroth, Vorsteher der bakteriologischen Abteilung des hiesigen Pathologischen Universitätsinstituts, hat den Ruf als stellvertretender Direktor des Instituts für experimentelle Therapie in Frankfurt a. M. abgelehnt.

Breslau. Einem Herzschlag erlag Prof. Dr. Ernst Gaupp, der erst vor wenigen Wochen als Nachfolger seines Lehrers Geheimrat Hasse das hiesige Ordinariat für Anatomie übernommen hatte. Er war 1865 geboren, wirkte von 1893 bis 1895 in Breslau als Privatdozent, in gleicher Stellung — gleichzeitig als Prosektor — bis 1897 in Freiburg i. Br. und ebenda bis 1912 als außerordentlicher Professor. Bis vor wenigen Monaten lehrte er dann in Königsberg als ordentlicher Professor, um endlich nach der Ausgangsstätte seiner akademischen Wirksamkeit zurückzukehren, von der er nunmehr vorzeitig durch den Tod abgerufen wurde. Von Gaupps Veröffentlichungen sind zu erwähnen seine Neubearbeitungen von Ducals „Grundriß der Anatomie für Künstler“ und Eckers „Anatomie des Frosches“, sowie seine Monographie über die „Entwickelung des Kopfskeletts“ in Hertwigs Handbuch der Entwicklungsgeschichte.

Würzburg. Prof. J. Riedinger ist zum Direktor des neuen Krüppelheims „König-Ludwig-Haus“ ernannt worden.

— Dr. Erich Freiherr v. Redwitz hat sich für Chirurgie habilitiert.

Warschau. Dr. Jakob Parnas, gegenwärtig Privatdozent und Assistent von Prof. Hofmeister an der Universität Straßburg, ist zum Professor der physiologischen Chemie an der neuorganisierten Universität Warschau ernannt worden.

Paris. Der bekannte Chirurg Dr. E. L. Doyen, früher Professor der Chirurgie in Reims, ist im Alter von beinahe 57 Jahren gestorben. Er war ein sehr geschickter Operateur, der u. a. als erster den Kinematographen für die Unterrichtszwecke seines Faches nutzbar machte. Weniger Glück hatte er mit seinen theoretischen Forschungen, insbesondere denen zur Krebsfrage.

Gerichtliches.

Eisenach. Wegen **fahrlässiger Tötung** wurde ein Arzt vom hiesigen Landgericht zu zwei Monaten Gefängnis verurteilt. Er hatte gelegentlich eines Eingriffs an der Gebärmutter durch Anwendung zu starker und zu heißer Alkoholspülungen den Tod der Patientin verschuldet. Der Alkohol war durch die an zwei Stellen perforierte Gebärmutter in die Bauchhöhle gedrungen und hatte Leber, Milz und Nieren erheblich geschädigt.

Verschiedenes.

Jena. Der Professor der Hygiene Geh. Obermedizinalrat Prof. Dr. R. Abel, früher vortragender Rat in der Medizinalabteilung des preußischen Ministeriums des Innern, hat seine Stellung als Mitglied des **medizinischen Beirats des Kriegsernährungsamts** niedergelegt, weil sich zwischen ihm und der Leitung des Amts in wichtigen Fragen grundsätzliche Meinungsverschiedenheiten herausgebildet hatten.

Altenburg. Das Ministerium von Sachsen-Altenburg hat eine Verfügung erlassen, nach der an jugendliche Personen unter 18 Jahren **Tabak, Zigarren oder Zigaretten** nicht abgegeben werden dürfen. Es ist ihnen außerhalb der Wohnung nur im Beisein ihrer Eltern, Erzieher oder deren Stellvertreter erlaubt zu rauchen, die ausdrücklich darauf hingewiesen werden, für die Befolgung der Vorschriften zu sorgen. Zuwiderhandlungen werden mit Geldstrafe bis zu 60 M. bestraft.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: San.-Rat Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil S. Caspari, Berlin-Schöneberg.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW. 68, Alexandrinenstraße 110.

85. Jahrgang **Berlin, 9. Dezember 1916** **No. 50**

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Steinplatz 105 56

85. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W. 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Moronal.

Von Dr. **Otto Harzbecker** (Berlin).

Das Problem des Ersatzes des Liq. Alum. acet., der die Vorzüge des allgemein verwendeten Präparates besitzt, ohne dessen störende Nebeneigenschaften, ist bereits vielfach angeschnitten, ohne bisher in einwandfreier Weise gelöst zu sein.

Von der Chemischen Fabrik von Heyden A.-G., Dresden-Radebeul, wurde mir vor längerer Zeit ein Präparat überreicht, mit der Bitte, festzustellen, ob dieses, Moronal genannt, den zu stellenden Ansprüchen genüge.

Moronal ist ein basisch formaldehydschwefligsaures Aluminium. Die von mir benutzten 2 proz. Lösungen in dest. Wasser blieben klar und ohne jedes Sediment.

Da das Präparat in Tabletten zu 0,5 und 2 g abgeteilt war, so ist die Dosierung ebenso einfach wie bequem. Auf meine Anregung hin werden jetzt auch größere Originalpackungen angefertigt, um größere Mengen schnell und ohne besondere Wägung bereiten zu können.

Die therapeutische Wirkung ähnelt derjenigen des Liqu. Alum. acet., hat jedoch den Vorzug, die Haut in keiner Weise zu macerieren, wie bisher alle essigsauren Tonerdepräparate.

Auch bei der Verwendung in Salben- wie in Puderform hatte ich durchweg zufriedenstellende Resultate.

Besonders angenehm erschien mir die wässerige 2 proz. Lösung zum Gurgeln als Therapie bei Anginen. Der Geschmack ist angenehm, die Wirkung überraschend coupierend.

Alles in allem genommen glaube ich, daß das Problem eines wirklich brauchbaren und zweckmäßig zu verwendenden Ersatzes des Liqu. Alum. acet. mehr oder minder durch dieses Präparat gelöst sein dürfte.

Zur Behandlung des Scharlachs.

Von Dr. **Ströll** (München).

Bei dieser Krankheit ist gleich von deren Beginn an folgende Inhalation bei Tag (2 stündlich) nötig:

Rp. Thymol 0,5
Alkoh. absolut. 5,0
Aqu. dest. tepid.. . . ad 500,0
S. z. inhalieren.

Diese Inhalationen müssen bis zur Apyrexie fortgesetzt werden. Hierdurch werden die Bakterien im Munde und Rachen vernichtet und so die Entstehung von Komplikationen, wie schwere Angina, Lymphadenitis, Otitis media, verhütet.

Um aber auch die Wirkung der Scharlachtoxine zu zerstören und dadurch eine Nephritis zu verhindern, ist weiter noch nötig gleich vom Beginn des Scharlachs an Darreichung folgender Arznei:

Rp. Natr. benzoic.
Tinct. Myrrh. . . . . āā 5,0
Aqu. dest. 100,0
Syr. cort. aurant . . . 20,0
S. n. Bericht.

Diese Arznei muß bis zur Fieberlosigkeit 2 stündlich gegeben werden, und zwar bei Kindern ein Kinderlöffel (10,0), bei Erwachsenen ein Eßlöffel.

Bei dieser Behandlung erfolgt auch entweder eine sehr rasche Abschuppung oder nur eine sehr geringe, so daß die Dauer der Erkrankung gekürzt wird.

Da ich den Erfolg dieser Behandlung erst an fünf Patienten erproben konnte, mir aber zahlreiche Scharlachfälle nicht zu Gebote stehen, so bitte ich um Nachprüfung.

II. Referate.

Stabsarzt Dr. **Vandenhoff** (Festungslazarett Germersheim): **Neosalvarsanbehandlung bei 15 Fällen von Malaria tertiana.** (Münch. med. Wochenschr., 1915, No. 43.)

Verf. hatte Gelegenheit, in 15 Fällen von Malaria tertiana, in denen die Diagnose sämtlich durch Nachweis von Plasmodien im Blut bestätigt wurde, das Neosalvarsan anzuwenden. Das Mittel wurde meist in der Dosis von 0,6, in 10 ccm frisch bereitetem, redestilliertem und gekochtem Wasser gelöst, mittels Rekordspritze in eine Ellenbogenvene eingespritzt. Irgendwelche Ueberraschungen örtlicher oder allgemeiner Art wurden nicht beobachtet, außer in einem Fall, der eine akute Nierenreizung bekam. Erfolgte die Einspritzung während oder kurz nach dem Fieber, etwa 24 Stunden vor dem zu erwartenden neuen Anfall, so trat ein solcher nicht ein, war jedoch die Zwischenzeit kürzer, so kam es noch einmal zu einem regelrechten Anfall. Da das Fieber bei Malaria durch den Austritt der reifen Mesozoiten samt ihren Stoffwechselprodukten ins Blut hervorgerufen wird, so vermutet Verf., daß das Neosalvarsan nur die in die Blutflüssigkeit ausgetretenen jungen Formen der Plasmodien vernichtet, dagegen den einmal in die roten Blut-

körperchen eingedrungenen Plasmodien nichts anhaben kann, weshalb diese Generation noch zur Reife kommt und durch Zerfall den nächsten Fieberanfall auslöst; alsdann erfolgt auch ihre Vernichtung durch das noch im Blutplasma kreisende Neosalvarsan. — Die einmalige Gabe von Neosalvarsan führte in etwas mehr als der Hälfte der Fälle zu einer Dauerheilung. Abgesehen von den Fällen von Chininidiosynkrasie und Chininresistenz ist nach Verf. das Neosalvarsan dann anzuwenden, wenn eine möglichst schnelle Entfieberung erzielt werden soll; denn das Chinin führte in einer größeren Reihe von Kontrollfällen nicht so rasch zum Verschwinden des Fiebers und der Plasmodien. Für die Malariaprophylaxe hält Verf. das Neosalvarsan nicht für geeignet. Bei Malaria quartana ist Neosalvarsan unwirksam. R. L.

Cand. med. **A. Adler** (Frankfurt a. M.): **Drei Fälle von Optochinamaurose.** (Therapeut. Monatshefte, September 1916.)

Verf. berichtet über 3 Fälle von Optochinamaurose, die in der Universitätsklinik zu Frankfurt a. M. zur Beobachtung kamen. Vergleicht man mit diesen Beobachtungen die in der Literatur niedergelegten Erfahrungen über Sehstörungen durch das Optochin, so fällt die prinzipielle Uebereinstimmung aller Erscheinungen auf. Ueberall mehr oder weniger dilatierte Pupillen bis zur maximalen Erweiterung und völligen Lichtstarre. Ueberall fast eine plötzlich einsetzende Sehstörung, — hochgradige Amblyopie, die sich sehr oft bis zur kompletten Amaurose steigert, die sich meist nach mehreren Tagen zurückbildet, indem das zentrale Sehen wiederkehrt, aber eine mehr oder weniger beträchtliche, oft noch nach Monaten deutliche Einengung des Gesichtsfeldes zurückbleibt. Zentrale Skotome, Störung des Farbensinnes. Hemeralopie sehen wir auftreten. Ophthalmoskopisch fällt der hohe Grad von Ischämie des Augenhintergrundes auf. Die Papillen finden sich durchweg abgeblaßt. Die Gefäße sind fast immer verengt. In vereinzelten Fällen besteht anfänglich nervöse Stauung, Hyperämie, an Stauungspapille erinnernd, bei der ja auch das Mißverhältnis zwischen Arterien- und Venenfüllung in die Augen springt. Schwellung der Opticusscheibe, Netzhautödem, besonders im Umkreis von Papille und Macula, kirschroter Fleck an der Macula. Nach Verfassers Ansicht ist die Optochinamaurose eine Chininamaurose. Während aber bei dem Chinin diese hochgradigen Sehstörungen im allgemeinen erst nach großen Dosen aufzutreten pflegen, ist das durch das Optochin hervorgerufene gleich schwere Krankheitsbild häufig schon nach relativ kleinen Gaben (einmal sogar schon nach 2 mal 0,25 g!) beobachtet worden. Die Schädigungen des Sehapparates, die durch das Optochin hervorgerufen werden können, tragen also durchaus nicht den harmlosen Charakter, wie man anfangs glaubte, sie sind durchaus nicht immer flüchtiger Natur. Denn das Wesen der Chininblindheit ist die primäre Erkrankung der nervösen Elemente des Auges, indem Chinin „Atrophie der Nervenfasern" erzeugt, und es handelt sich dabei nicht um sekundäre Schädigungen, die durch Kreislaufstörungen hervorgerufen werden. Aus alledem aber ergibt sich für den Arzt die Notwendigkeit, bei der Verabreichung des Optochins — wenigstens des salzsauren Salzes, denn bei diesem allein sind all die schweren Schädigungen beobachtet worden —, die äußerste Vorsicht walten zu lassen. Die drei Fälle des Verfassers beweisen wieder, daß die Einzeldosis 0,25 g eine zu hohe sein muß.

Dr. med. **Joseph v. Brudzinski**, Direktor und Primarius am Karl- und Marie-Kinderspital zu Warschau, zurzeit Rektor der Universität zu Warschau: **Ueber eine neue Form des Nackenphänomens bei Kindern im Verlaufe von Gehirnhautentzündung: das Nackenphänomen an den oberen Extremitäten.** (Berl. klin. Wochenschr., 1916, No. 33.)

Das vom Verf. im Jahre 1909 beschriebene Nackenphänomen besteht darin, daß man bei Kindern mit Gehirnhautentzündung durch die passive Beugung des Kopfes nach vorne eine Beugung beider unterer Extremitäten in Hüft- und Kniegelenken mit gleichzeitiger Abduktion hervorrufen kann. Im Laufe der folgenden Jahre hat Verf. alle Kinder, bei denen er eine Gehirnhautentzündung vermutete, auf das Vorhandensein dieses Phänomens untersucht. Auch von anderer Seite wurde dieses Phänomen vielfach bestätigt. Während der Untersuchungen, die Verf. an einer Reihe von meningitisverdächtigen Kindern aus Anlaß eines von ihm beobachteten Phänomens an den oberen Extremitäten, das er als Wangenphänomen bezeichnete, durchgeführt hat, wurde er auf ein neues Phänomen an den oberen Extremitäten aufmerksam. Seit dieser Zeit hat Verf. das Zustandekommen dieses Symptoms regelmäßig geprüft, und auf Grund dieser Untersuchungen ist er zu der Ueberzeugung gekommen, daß es keine zufällige, durch die schmerzhafte Beugung des Kopfes ausgelöste Abwehrbewegung ist, sondern daß wir es hier mit einem gleichen Reflex wie dem von ihm an den unteren Extremitäten beschriebenen zu tun haben. Dieses Phänomen besteht darin, daß die passive Beugung des Kopfes eine Beugung in den Ellenbogengelenken und Hebung der Arme auslöst, gerade ebenso, wie bei dem früher beschriebenen Wangenphänomen. Die Untersuchung des Kranken muß ebenso durchgeführt werden, wie bei der Auslösung des Nackenphänomens an den unteren Extremitäten. Der Untersuchende steht rechts vom Kranken, die rechte Hand fixiert den Thorax des liegenden Kindes; man muß aber darauf achten, daß die rechte Hand des Kranken auf die rechte Hand des Arztes zu liegen kommt, da andernfalls die freie Bewegung der kindlichen Hand verhindert sein könnte. Mit der linken Hand wird nun eine mäßig kräftige Beugung des Kopfes nach vorne ausgeführt. In demselben Momente werden die oberen Extremitäten gebeugt und gehoben, die unteren führen dieselbe Bewegung aus. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle treten beide Phänomene zusammen auf; in gewissen Fällen beobachtet man das Phänomen an den oberen Extremitäten bei gleichzeitigem Fehlen an den unteren. Kr.

Prof. Dr. **F. Jessen** (Davos): **Zur Behandlung der Blutinfektion.** (Münch. med. Wochenschr., 1915, No. 45.)

Verf. hatte schon früher darauf aufmerksam gemacht, daß man beginnende Tuberkulose durch intravenöse Einspritzungen von 1 proz. Milchsäure günstig beeinflussen kann. Das Mittel wirkt sowohl bakterizid, wo es mit den Bakterien in Berührung kommt, als auch macht es durch Hämolyse die in den roten Blutkörperchen vorhandenen Autoimmunkörper frei. Es zeigte sich weiter, daß das Verfahren bei Streptokokken- und Staphylokokkenerkrankung noch wirksamer ist. Je stürmischer die Infektion, desto kleiner muß die Dosis sein, weil sonst zu heftige Intoxikationserscheinungen nach der Einspritzung auftreten. Bei Tuberkulose soll nach Verf. die Zeit zwischen 2 Einspritzungen 1—4 Wochen betragen, bei anderen Infektionen etwa 1 Woche. Man kann mit intravenösen 1 proz. Milchsäureeinspritzungen auch chronische Streptokokkeninfektion heilen. Verf. berichtet über 2 schwere Fälle von chronischer Endokarditis und Gelenkrheumatismus, welche durch Milchsäureeinspritzungen geheilt wurden. Unangenehme Nebenwirkungen sah Verf. in keinem Falle von dieser Behandlung.

Dr. **J. Schergoff** (Berlin): **Nucleogen in der gynäkologischen Praxis.** (Die Therapie der Gegenwart, Oktober 1916.)

Das seit zehn Jahren in der Therapie bewährte Rosenbergsche Präparat „Nucleogen" stellt eine unter Verwendung der chemisch reinen Nucleinsäure hergestellte organische Verbindung von Eisen, Arsen und Phosphor dar. Das Molekül dieser Verbindung enthält 9,6 Proz. Phosphor, 15 Proz. Eisen und 5 Proz. Arsen. Der menschliche Organismus benötigt des Eisens, weil es das Material zur Bildung der roten Blutkörperchen abgibt und deren Hämoglobingehalt erhält. Das Arsen in ganz geringen Dosen wirkt appetitanregend. Indem die arsenige Säure durch das lebende Protoplasma zur Arsensäure oxydiert wird, die sich schnell wieder in arsenige Säure verwandelt und aktiven Sauerstoff abgibt, wird die menschliche Zelle in einen Reizzustand versetzt, woraus ihr schnelles Wachstum und erhöhter Stoffwechsel resultiert. Phosphor, der als organische Verbindung in Form von Nucleinsäure im Organismus enthalten ist, befördert das Knochenwachstum, wirkt stärkend auf das Nervengewebe und ist als ein Reizmittel für die blutbildenden Organe anzusehen. Das Indikationsgebiet des Nucleogens betrifft nach seinen Grundstoffen also in erster Reihe Blutkrankheiten, allgemeine Schwächezustände. In der Nagelschen Klinik in Berlin wird das Nucleogen seit einem halben Jahre als Tonicum und Roborans verordnet. Es ist bei 60, zum Teil sehr heruntergekommenen Patientinnen angewandt und Verf. berichtet im Einklang mit anderen Autoren über sehr zufriedenstellende Resultate bei primärer und sekundärer Anämie, Chlorose und allgemeinen Schwächezuständen. Bei den meisten mit Nucleogen behandelten Patientinnen hat Verf. rasche Appetitsteigerung, Vermehrung des Körpergewichtes, Aufbesserung des Blutes und Zunahme des subjektiven Wohlbefindens beobachtet. Es ist also in allen denjenigen Krankheitsfällen zu empfehlen, wo eine Regeneration der Körperkräfte erwünscht ist.

Marineoberstabsarzt Dr. **Gerstein**: **Zwei Fälle von verschlucktem Gebiß, geheilt durch subkutane Apomorphininjektion.** (Münch. med. Wochenschr., 1915, No. 42.)

Ein Heizer verschluckte im Schlaf ein Gebiß (Platte mit 4 oberen Schneidezähnen). Vom Rachen aus war das Gebiß nicht sichtbar zu machen und auch mittels Kornzange nicht zu tasten. Verf. machte nun eine Injektion von Apomorphin 0,005 aus steriler Ampulle in die Brusthaut des Patienten, welcher darauf in Bauchlage auf dem Operationstisch unter möglichster Streckung des Halses und Abstützen der Stirn gelagert wurde. Nach 5 Minuten begann stoßweises Erbrechen, das bereits beim zweiten Stoß das Gebiß zutage förderte, das Erbrechen dauerte dann noch 12 Minuten an. In einem ganz ähnlichen Fall hatte Verf. schon früher die Ausstoßung eines verschluckten Gebisses durch Injektion von 0,005 Apomorphin bewirkt. — Das Ver-

fahren empfiehlt Verf. als ersten Versuch der Entfernung verschluckter Gebisse sowie auch zur schnellen, gründlichen und bequemen Magenentleerung bei Vergiftungen mit Alkohol oder verdorbenen Nahrungsmitteln. R. L.

Prof. Dr. **A. Schüle** (Freiburg i. Br.): **Zur Behandlung des Furunkels.** (Die Therapie der Gegenwart, Oktober 1916.)

Verf. wendet sich gegen die von W. Türckheim im 9. Heft der Therapie der Gegenwart (1916) empfohlene Anwendung des Ichthyols zur Behandlung der Furunkel. Nach Verfassers langjährigen Erfahrungen gibt es nur ein Mittel, den Furunkel zu coupieren, zu „entgiften" und damit zur schnellen Heilung zu bringen, das ist die möglichst frühe zentrale, unter Novocainanästhesie ausgeführte Kauterisation. Mittels 2 proz. Novocainlösung wird in der bekannten Technik der Furunkel anästhesiert, alsdann brennt man das Zentrum, den Pfropf, bis zum subkutanen Zellgewebe durch. Hierzu genügt ein feiner Paquelin oder eine glühend gemachte Stricknadel. Mit dieser Kauterisierung ist der Furunkel erledigt, wenn sie in den ersten 48 Stunden erfolgt. Das Verfahren wirkt ganz überraschend auch bei infektiösen Insektenstichen mit starker Entzündung.

W. Kausch: Die Operation der Mammahypertrophie. (Zentralblatt f. Chir., 1916, No. 35.)

Wird bei Mammahypertrophie operiert, so wird nach dem, was darüber in der Literatur zu finden ist, fast ausnahmslos die ganze Mamma entfernt. Nur sehr selten wurde versucht, die hypertrophische Brust zu verkleinern. So hat Michel bei schmerzhafter, hypertrophischer Hängebrust über jeder Brust ein großes, halbmondförmiges Stück, dessen Konkavität nach unten gerichtet war, aus der Haut und Aponeurose des M. pectoralis herausgeschnitten und die Mamma nach oben an der Pectoralisfascie fixiert; danach hätte er die Mamma selbst nicht verkleinert. Friedrich hat in einem Falle von Hypertrophie die eine Seite amputiert, die andere verkleinert, indem er durch radiäre Einschnitte drei Sektoren herausnahm. Vier Monate später amputierte er diese Brust, weil sie weiter wuchs. Dies ist alles, was sich von Verkleinerung der Brust in der Literatur findet. Sie ist wohl öfter versucht, aber nicht mitgeteilt, weil das Ergebnis nicht befriedigte. So wurde auch in dem von K. operierten Falle zuvor von anderer Seite die Verkleinerung vorgenommen, allerdings mit nur vorübergehendem Erfolg. Verf. verkleinerte die Brust von zwei kreisförmigen Schnitten aus, und zwar wurde die Operation jederseits in zwei Sitzungen vorgenommen. Die Hautränder der zwei Kreise wurden ohne plastische Verkleinerung des größeren Kreises vernäht. Die Pat. ist mit dem erzielten Resultate durchaus zufrieden. Kr.

Dr. **Siegmund Auerbach** (Frankfurt a. M.): **Galalith zur Tubulisation der Nerven nach Neurolyse und Nervennähten.** (Münch. med. Wochenschr., 1915, No. 43.)

Es empfiehlt sich, nach jeder Neurolyse wie auch nach der Naht die peripheren Nerven gegen eine Wiederverwachsung mit der Umgebung zu schützen. Zwei Methoden stehen hierzu zur Verfügung. Man übernäht die Nerven mit Haut, Fett, Fascien oder Muskulatur aus der Umgebung, oder man isoliert die Lösungs- bezw. Nahtstelle des Nerven von der Nachbarschaft mittels Tubulisation. Verf. rät von der ersten Methode ab, da alles lebende Körpergewebe allmählich schrumpft und zur Kompression der Nerven führen kann. Verf. hat so heftige Neuralgien und Verzögerung der Leitungswiederherstellung beobachtet. Zur Tubulisation hat man verschiedenes Material verwendet: entsprechend sterilisierte und konservierte Kalbsarterien, decalcinierte Knochenröhrchen, Magnesiumröhrchen, in Formalin gehärtete Gelatineröhrchen. — Neuerdings wird aus Kasein mittels wässeriger Formaldehydlösung ein Galalith genannter hornartiger Stoff hergestellt, der zur Herstellung von Kämmen, Zigarrenspitzen u. dergl. verwendet wird. Dieses Material wurde vor längerer Zeit schon als Ersatz des Murphyknopfes empfohlen. Verf. empfiehlt nun auf Grund seiner Erfahrungen Röhrchen aus Galalith zur Tubulisation der Nerven. Sie werden seit einiger Zeit auf seine Anregung von einer Anzahl von Frankfurter Chirurgen für diesen Zweck verwendet. Unmittelbar vor dem Gebrauch 5 Minuten in Wasser (nicht in Sodalösung) gekocht, werden die Röhrchen so weich, daß man sie der Länge nach aufschneiden und um den Nerven herumlegen kann. Man kann sie also sowohl nach der Neurolyse wie nach der Nervennaht und den verschiedenen Nervenplastiken leicht an Ort und Stelle bringen. Es empfiehlt sich, das aufgeschnittene Röhrchen mittels eines oder mehrerer umgelegten Katgutfäden leicht zu befestigen; man kann es auch am Perineurium oder an der Wundumgebung mit einigen Katgutnähten fixieren. (Die Galalithröhrchen werden von der Firma Ludwig Dröll, Frankfurt a. M., Kaiserstraße 42, hergestellt.) R. L.

Dr. **Snoy**, Stabsarzt: **Appendektomie durch die linke Leistenbruchpforte bei normalem Allgemeinsitus.** (Zentralbl. f. Chir., 1916, No. 37.)

Die Entfernung des Wurmfortsatzes gelegentlich einer rechtsseitigen Herniotomie ist eine seit Jahren oft geübte Operation. Man findet ja den Wurmfortsatz häufig im Bruchsack. Die Abtragung des Wurmfortsatzes durch eine Operationswunde, die bei linksseitiger Herniotomie gesetzt wurde, gehört aber zu den größten Seltenheiten. Wenigstens hat Verf. in der Literatur der letzten Jahre einen solchen Fall nicht gefunden. 1913 hat Kanewskaja bei Operation einer kindskopfgroßen linksseitigen Leistenhernie eines 38 jährigen Mannes den Blinddarm im Bruchsack gefunden. Der zurückgeschlagene Wurm wurde aber durch einen im rechten Hypogastrium angelegten neuen Schnitt entfernt. Verfassers Fall ist folgender: Es handelte sich um ein sehr elendes Kind von 5 Wochen. Linksseitig eingeklemmter Leistenbruch von mehr als Walnußgröße. Im eröffneten Bruchsack liegt eine Dünndarmschlinge. Der zuführende Dünndarmschenkel läßt sich leicht vorziehen, der abführende nur etwa 2 Querfinger, dann erscheint am Wundrand das Coecum, voran der Wurmfortsatz. Der Wurm ist 6 cm lang. Ein 1 cm langes Stück seines freien Endes ist infolge verkürzten Mesenteriolums winklig abgeknickt, verdickt und entzündlich verändert. Um bequemer arbeiten zu können, wird jetzt die quere Bauchmuskulatur ½ cm eingekerbt. Die Appendix wird mit dem Thermokauter amputiert, der Stumpf versenkt. Das Coecum wird an seinen Platz geschoben. Schluß der Bruchpforte. Primäre Heilung. Es handelt sich offenbar um ein ungewöhnlich bewegliches Coecum, das an und für sich nicht pathologisch ist.

Prof. Dr. **K. Vogel** (Dortmund): **Zur Frage der Verhütung der Rezidive peritonealer Adhäsionen.** (Zentralbl. f. Chir., 1916, No. 37.)

Verf. hat sich 1901 zuerst mit der Frage der peritonealen Adhäsionen sowohl experimentell als klinisch beschäftigt und sowohl die Aetiologie als die Prophylaxe eingehend erörtert. Besonderen Wert legte er damals schon auf die Möglichkeit der Verhütung von Rezidiven, die nach Trennung bestehender Verwachsungen so gern auftreten, und, allen Maßnahmen trotzend, nicht nur dem Pat., sondern auch dem Chirurgen das Leben schwer machen. Als wichtigstes Mittel zur Verhütung derartiger Rezidive ist mittlerweile allgemein die Anregung der Peristaltik möglichst bald nach der die ersten Adhäsionen trennenden Laparotomie anerkannt. Verf. hat damals als erster die subkutane Anwendung des Physostigmin zu diesem Zwecke empfohlen und diese Empfehlung später öfters wiederholt. Auch von anderer Seite ist das Mittel vielfach empfohlen und angewandt worden, dem später in anderen Konkurrenten erstanden, besonders im Hormonal, Peristaltin und Sennatin. Verf. hat in der Folgezeit alle diese Mittel ausgiebig angewendet; der Erfolg war wechselnd, jedenfalls nicht so durchschlagend, daß er nicht immer wieder nach noch anderen Mitteln gesucht hätte, die uns im Kampfe gegen jenen heimtückischen Feind unterstützen könnten. Kürzlich erschien nun eine Arbeit von Heuschen über Rücktransfusion des körpereigenen Blutes, in der er empfiehlt, um „mit Sicherheit eine auch nur teilweise Nachgerinnung des gesammelten Blutes bis zum Augenblick seiner Verwendung zu verhüten", neutrales zitronensaures Natron 0,20 pro 100 ccm zuzufügen. Verf. ging nun von dem Gedanken aus, daß ein Mittel, welches ohne Gefahr in den Kreislauf eingeführt werden kann und hier die Blutgerinnung hemmt, doch auch ohne Bedenken dem Peritoneum einzuverleiben ist, und auch dort die Fibringerinnung und damit die erste Verklebung peritonealer Flächen hintanhalten muß. Um die Resorption zu verlangsamen und gleichzeitig die gewollte Wirkung noch durch Einführung eines schlüpfrigen Mediums, einer Art „Gleitschmiere" zu fördern, löste Verf. das Medikament in einer dicken Gummiarabikum-Lösung auf, die ihrerseits mit physiologischer Kochsalzlösung hergestellt war. Das Rezept gestaltete sich daher folgendermaßen: Rp. Natr. chlorat. 1,8, Natrum citric. 0,5, Sol. gummi arab. ad 200,0. Sterilis. Diese 200 ccm Lösung hat Verf. nach Trennung der Adhäsionen in die Bauchhöhle eingebracht und mit einem Eßlöffel, wie er ihn zum Zurückhalten der Eingeweide bei der Peritonealnaht gebraucht, möglichst auch in der Tiefe verteilt und dann die Wunde geschlossen. Natürlich kann man das Mittel auch durch ein oder mehrere in die im übrigen zu schließende Wunde eingelegte Drains einführen, die dann entfernt werden. Verf. hat erst zwei Fälle so behandelt, doch waren dieselben so desparat, daß ihr geradezu frappierend günstiger Verlauf ihm mehr als ein Wahrscheinlichkeitsbeweis für die Wirksamkeit des Verfahrens zu sein scheint. Kr.

III. Bücherschau.

Die Leseschwäche (Legasthenie) und Rechenschwäche (Arithmasthenie der Schulkinder im Lichte des Experimentes. Von Dr. **P. Ranschburg** (Budapest). Zwanglose Abhandlungen aus den Grenzgebieten der Pädagogik und Medizin. 1916. Verlag J. Springer, Berlin. Preis 2,80 M.

In dem vorliegenden Buche hat der Verfasser ein noch kaum wissenschaftlich erörtertes Gebiet, die Rechen- und Leseschwäche, im psychologischen Versuch zu erfassen versucht. Er unternimmt es, eine Grenze festzustellen zwischen Schwäche bei noch normalen und schwachbefähigten Schulkindern, eine Frage, die bei Untersuchungen der in die Hilfsschulen aufzunehmenden Kinder häufig recht schwierig zu entscheiden ist. Ohne das Unvollkommene und Unvollständige des Buches zu verkennen, muß das Buch für Schul- und Hilfsschulärzte, ebenso für Psychologen und Pädagogen als hochinteressant und einer eingehenden Durcharbeitung durchaus wert bezeichnet werden. Andererseits regt die Arbeit zur Nachprüfung und Weiterarbeit an den aufgeworfenen Fragen an.

Zur Klinik der infektiösen Erkrankungen der Harnwege im Kindesalter. Von Prof. Dr. **von Mettenheim** (Frankfurt a. Main). Würzburger Abhandlungen aus dem Gesamtgebiet d. praktisch. Medizin. 1916. Verlag Kabitzsch, Würzburg. Preis 85 Pf.

In der vorstehenden Broschüre werden Krankheitszustände abgehandelt, die für die Praxis höchst wichtig sind, aber leider häufig nicht erkannt werden. Gerade der praktische Arzt wird aus dieser kurzen Abhandlung sein Wissen über Cystitis, Cystopyelitis und Pyelitis und sein therapeutisches Können bei diesen Erkrankungen gerne und mit Vorteil auffrischen und erweitern. R.

Die Firma **E. Merck** in Darmstadt hat auch in diesem Jahre trotz des Weltkrieges ihren **Jahresbericht** über Neuerungen auf den Gebieten der Pharmakotherapie und Pharmazie im alten Umfang erscheinen lassen. Die Veröffentlichung, die damit im 29. Jahrgang vorliegt, bezieht sich auf das Jahr 1915 und enthält zunächst eine Abhandlung über „nicht offizinelle Alkaloide", die ein großes Material in übersichtlicher Weise verarbeitet und im nächsten Jahr fortgesetzt werden soll. Es folgt dann der Abschnitt „Präparate und Drogen", wie der erste Abschnitt alphabetisch geordnet, der in gewohnter Weise gründliche Referate aus der Literatur des verflossenen Jahres bringt. Das Ganze ist ein Zeugnis dafür, daß die deutsche pharmazeutische Industrie auch in schwierigen Zeiten den Willen und die Kraft hat, ihrem leitenden Grundsatz des ständigen Zusammenarbeitens von Wissenschaft und Praxis nachzuleben, dem sie in erster Linie ihre großen Erfolge verdankt. L.

IV. Tagesgeschichte.

Standesangelegenheiten, Medizinal-Gesetzgebung, soziale Medizin etc.

Berlin. Ein Erlaß des preußischen Ministers des Innern vom 15. November d. J. wendet sich gegen die übermäßige Anwendung von **Morphium** und ähnlichen Betäubungsmitteln in Krankenhäusern und Lazaretten und gegen die verbotswidrige Abgabe von solchen Mitteln in Drogenhandlungen und anderen Geschäften. Er rügt ferner die in manchen Krankenanstalten übliche selbständige Aufbewahrung von Morphium und Verabreichung dieses Mittels durch Einspritzungen oder auf anderem Wege durch Krankenschwestern, wodurch sich unter Umständen die zur Aufsicht verpflichteten Krankenhausärzte gleichfalls strafbar machen. Die Aerzte sollen durch die Aerztekammern auf diesen Ministerialerlaß hingewiesen und aufgefordert werden, sich an der Bekämpfung des fraglichen Mißstandes nach Möglichkeit zu beteiligen.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Königsberg i. Pr. Im Alter von 64 Jahren starb in Berlin-Grunewald der Geh. Sanitätsrat Dr. Theodor Treitel, der von 1878 bis 1895 dem Lehrkörper der Universität Königsberg als Privatdozent der Ophthalmologie angehörte.

Jena. Der neugeschaffene etatsmäßige Lehrstuhl für Kinderheilkunde ist dem Würzburger Extraordinarius für Pädiatrie Prof. J. Jbrahim übertragen worden.

Braunschweig. Dr. Gustav Schlegel, Arzt für Ohren-, Nasen- und Kehlkopfkrankheiten, hat den Professortitel erhalten.

Wolfenbüttel. Der leitende Arzt des städtischen Krankenhauses Sanitätsrat Dr. Albert Plücker hat den Professortitel erhalten.

Heidelberg. Dr. med. Karl Jaspers, Privatdozent der Psychologie, hat den Titel „außerordentlicher Professor" erhalten. Er ist von Hause aus Psychiater.

Tübingen. Vor kurzem ist das als Ergänzung des deutschen Instituts für ärztliche Mission hier gegründete **Tropengenesungsheim** eröffnet worden, das ebenso wie jenes unter Leitung des Privatdozenten für Tropenpathologie und Tropenhygiene Dr. Olpp steht.

Verschiedenes.

Berlin. Nach Mitteilung der Tageszeitungen sind zwei miteinander in Beziehung stehende **Heilbetriebe** auf Veranlassung des Oberkommandos in den Marken **geschlossen** worden, nämlich die „Bruchbehandlung ohne Operation Dr. med. Colemann" und die zugehörige „Dr. Colemanns Bandagengesellschaft m. b. H.". Dr. Colemann, ein Engländer von Geburt, ist mehrmals vom ärztlichen Ehrengericht bestraft worden.

Magdeburg. Geh. San.-Rat Prof. Dr. Aufrecht, langjähriger Oberarzt des städtischen Krankenhauses Magdeburg-Altstadt, hat für Zwecke der **Kriegsfürsorge** insgesamt 25 000 M. gestiftet.

Heidelberg. Das **Institut für experimentelle Krebsforschung**, das Prof. Dr. Czerny unter Mitwirkung mehrerer Stifter gegründet hat, wird nach dem Tode seines Gründers wie bisher als selbständiges Stiftungsinstitut im Anschluß an die akademischen Krankenanstalten fortgeführt. Zur Verwaltung ist an die Spitze ein Direktorium gestellt, das aus drei Mitgliedern der medizinischen Fakultät, dem Senior, dem Ordinarius für Chirurgie und einem Mitglied der theoretischen Fächer besteht. Die selbständige Leitung der klinischen Abteilung ist dem langjährigen Mitarbeiter von Czerny, dem früheren Oberarzt des Instituts, Prof. Dr. Werner (Heidelberg) übertragen worden.

Mannheim. Die Ehrenbürgerin der Stadt Mannheim, Frau Julia Lanz, hat im Gedenken an ihren verstorbenen Gatten Geh. Kommerzienrat Heinrich Lanz, den Gründer der Firma Heinrich Lanz (Mannheim) zur Sicherstellung der Zukunft des „Heinrich-Lanz-Krankenhauses" und zum Zwecke seines Ausbaues in einer späteren Zukunft zu einer Zentrale ärztlich-wissenschaftlicher Institute in Mannheim den Betrag von 1 350 000 M. gestiftet. Die Inhaber der Firma Heinrich Lanz, in deren Eigentum das Krankenhaus bisher stand, haben dieser Summe den Betrag von 1 150 000 M. hinzugefügt. Mit dem Gesamtbetrage von 2 500 000 Mark ist somit die **„Heinrich-Lanz-Krankenhaus-Stiftung"** gegründet worden.

V. Amtliche Mitteilungen.

Bekanntmachung.

Das Tetanus-Serum mit den Kontrollnummern 10 und 68, geschrieben: „Zehn und achtundsechzig", aus dem Sächsischen Serumwerk in Dresden ist wegen Abschwächung zur Einziehung bestimmt.

Flaschen mit diesen Kontrollnummern dürfen hinfort nicht mehr in den Apotheken abgegeben werden und können nach der Vereinbarung mit dem Laboratorium bei kostenfreier Einsendung kostenlos gegen einwandfreies Serum eingetauscht werden.

Berlin, den 18. November 1916.

Der Polizei-Präsident.
I. A.: Schlegtendahl.

Personalia.

Preußen.

Auszeichnungen: Königl. Krone zum Roten Adlerorden 2. Kl. m. Eichenlaub: Ob.-Gen.-A. z. D. Dr. Körting, stellvertr. Korpsarzt d. Gardekorps.

Rote Kreuzmedaille 2. Kl.: Reg.- u. Med.-Rat Dr. G. Meyen in Liegnitz, San.-Rat Dr. E. Colla in Gadderbaum bei Bielefeld, Reg.- u. Geh. Med.-Rat Dr. W. Rusak in Cöln, San.-Rat Dr. Otto Hartmann in Braunschweig, Geh. Med.-Rat Dr. B. Scheube in Greiz, St.-A. d. L. a. D. Dr. F. Matthaei in Hamburg.

Königl. Sächs. Kriegsverdienstkreuz: Direktor der Berlin-Brandenburgisch. Krüppel-Heil- u. Erziehungsanstalt: Prof. Dr. Biesalski in Zehlendorf (Kr. Teltow).

Gestorben: Geh. San.-Rat Dr. F. Glauert, Dr. Leo Glück und Dr. W. Plessner in Berlin, San.-Rat Dr. P. Fritze und Dr. W. Orb in Charlottenburg, San.-Rat Dr. P. Bohnstedt in Berlin-Schöneberg, Dr. Arthur Schwarz aus Zehlendorf (Kr. Teltow) in russischer Gefangenschaft.

Bayern.

Gestorben: Dr. G. Haindl in Altötting.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: San.-Rat Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil S. Caspari, Berlin-Schöneberg.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW. 68, Alexandrinenstraße 110.

85. Jahrgang **Berlin, 16. Dezember 1916** **No. 51**

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen,
Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Steinplatz 105 56

85. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W. 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

„Liophtal" — ein neues Gallensteinmittel.

Mitteilung von Dr. med. **E. Burchard** (Berlin).

Seit etwa sechs Monaten habe ich in meiner Praxis bei Fällen von Gallensteinleiden, welche keinen Anlaß zu chirurgischen Eingriffen boten, das von der Firma Hoeckert & Michalowski hergestellte Mittel „Liophtal" angewandt. Eine Anzahl von Gallensteinfällen in den von mir behandelten Familien der Postunterbeamten gab mir dazu Gelegenheit.

Im Laufe dieses Herbstes kamen 12 Fälle in meine Behandlung, bei denen ich das Mittel in der von den Herstellern empfohlenen Dosis von je drei Dragees nach dem Frühstück und nach dem Abendessen verordnete. In drei Fällen mußte ich wegen leichter Verdauungsstörungen und Durchfälle das Mittel während einiger Tage aussetzen, und begann dann wieder mit der Gabe von je zwei Dragees, welche gut vertragen wurde.

Die Zusammensetzung des Mittels — salizylsaures Lithium, ölsaures Lithium, cholsaures Natron und Phenolphthalein — läßt darauf schließen, daß eine die Gallensteine auflösende und reizlos abführende Wirkung mit ihm bezweckt wird. In allen von mir beobachteten Fällen wurde dieser Erfolg insoweit erreicht, als ein gleichmäßig geregelter Stuhlgang und wenige Tage nach Beginn der Kur auch Abgang von Gallengrieß beobachtet wurde. Subjektiv wurde das Mittel, abgesehen von den erwähnten unerheblichen Störungen, gut vertragen. Alle Patienten konnten bereits in der zweiten Woche des Gebrauchs über eine deutliche Erleichterung der Druck- und Schmerzerscheinungen berichten.

Im schweren Anfalle selbst habe ich das Präparat aus begreiflichen Gründen nicht verordnet.

Die von mir behandelten Fälle zerfallen in zwei Gruppen:

1. Patienten, welche vorher eingreifende Kuren (operative Eingriffe, Chologenbehandlung oder scharfe Oel-Medikationen durchgemacht hatten (5 Frauen, 2 Männer);
2. Kranke, welche vor der Liophtalkur nur gelegentliche Abführmittel, diätetische Behandlung, leichte Oelkuren und schmerzstillende Mittel während des Anfalls erhalten hatten (2 Männer, 3 Frauen).

Bei allen Patienten wurde die Kur während sechs Wochen durchgeführt; in drei Fällen nach einer Pause von etwa vier Wochen eine Nachkur von drei Wochen angeschlossen.

Als besonders bemerkenswertes Resultat der Liophtalbehandlung glaube ich den Umstand ansprechen zu dürfen, daß nur in zwei Fällen im Verlauf der Behandlung Anfälle aufgetreten sind, während sechs der behandelten Patienten vorher Anfälle in kürzeren Zeitabständen als sechs Wochen (Dauer der Kur) hatten. Auch die beiden beobachteten Anfälle traten weit leichter auf, als es früher bei den betreffenden Kranken der Fall war. Einschaltend möchte ich bemerken, daß ich während der Dauer der Anfälle das Liophtal aussetzte und mich auf eine symptomatische, die Verdauungstätigkeit ruhigstellende Behandlung beschränkt habe.

Von besonderem Interesse dürften die drei Fälle sein, bei denen der besonders günstige Ausfall der ersten Kuren mich zu einer dreiwöchigen Nachkur bestimmte.

Fall 1. Frau A. K., 46 Jahre alt; vor zwei Jahren Gallensteinoperation, schwer hysterisch; während des ersten Jahres nach der Operation relatives Wohlbefinden, dann erneutes Auftreten der Anfälle in etwa 8 wöchentlichen Zeitabständen, zunehmende Heftigkeit der Anfälle und erhebliche Verdauungsstörungen in der Zwischenzeit trotz sorgfältiger symptomatischer Behandlung. Beginn der Liophtalkur 14 Tage bevor ein Anfall zu erwarten war. Bei geregeltem Stuhlgang deutliche Erleichterung nach etwa 8 Tagen, erheblicher Abgang von Gallengrieß nach 14 Tagen (Zeit des erwarteten Anfalls), darauf fortschreitende Besserung des Allgemeinzustandes und des subjektiven Wohlbefindens. Die Nachkur wurde nach 4 Wochen auf Drängen der Patientin eingeleitet, verlief ebenfalls anfallfrei und wirkte bei reichlichem Abgang von Gallengrieß weiterhin günstig auf den Zustand ein.

Fall 2. Frau H. B. Vor zwei Jahren intensive Oelkur (Simons Oelkur) mit günstigem Erfolg für die Dauer der folgenden 1½ Jahre; in diesem Sommer Druck- und Schmerzempfindung in der Lebergegend, sowie leichtere Koliken, die in Anbetracht der sie begleitenden Leberschwellung als Vorboten neuer Gallensteinanfälle aufzufassen waren. Die Liophtalkur regelte den Stuhlgang nach wenigen Tagen und verursachte erhebliche Erleichterung bei reichlichem Abgang von Grieß. 14 Tage nach dem Aussetzen der Kur traten die früheren Beschwerden in leichter Form wieder ein. Die daraufhin eingeleitete Nachkur verlief mit gleich günstigem Erfolg. Pat. ist bis heute anfallfrei geblieben.

Fall 3. S. H., Postschaffner, 43 Jahre alt, Chologenkuren vor 5 und 3 Jahren. Neben dem Gallensteinleiden wiederholtes Auftreten von Blinddarmreizungen; seit diesem Frühjahr Anfälle in Abständen von 4, 7, 9 Wochen. Die Liophtalkur hatte eine besonders günstige Wirkung auf die Verdauungstätigkeit im allgemeinen. Das Unbehagen in der Blinddarmgegend verschwand; Blinddarmreizungen traten während der Kur nicht auf, ebensowenig Gallensteinanfälle. Außer erheblichem Abgang von Grieß gingen während der Kur einige klei-

nere Steine (bis zu Erbsengröße) ab. Auf Wunsch des Pat. Nachkur. Danach bis jetzt anfall- und beschwerdefrei.

Wie bereits erwähnt, brachten auch die übrigen neun mit Liophtal behandelten Fälle eine deutliche Besserung und Erleichterung des Zustandes. Ich glaube daher, die Liophtalbehandlung bei Fällen von Gallensteinleiden, welche keine chirurgischen Eingriffe erforderlich machen, zur Nachprüfung empfehlen zu können und werde selbst bei der Mehrzahl der von mir behandelten Fälle im kommenden Frühjahr die Kur wiederholen.

II. Referate.

A. V. **Knack** (Hamburg): **Ueber Hungerödeme.** (Zentralbl. f. innere Medizin, 1916, No. 43.)

Wiederholt sind in der bisherigen Kriegsliteratur mit Oedemen einhergehende Krankheitsbilder beschrieben worden, als deren Ursache man mangels jeglicher sonstiger organischer Erkrankung ernährungstoxische Schädigungen annehmen zu müssen glaubte. In diesem Sinne ist nun besonders wertvoll eine Arbeit von zwei polnischen Autoren, Budzynski und Chelchowski, die in dem in Krakau erscheinenden Przeglad Lekarski, 1915, LIV, 1 u. 2, Oedemzustände während einer Hungersnot der galizischen Bevölkerung beschreiben. In der ersten Hälfte des Jahres 1915 kamen in Zaglebie Dabrowskie oft Fälle von Oedemerkrankungen vor, die man sich weder mit Krankheiten der Niere, des Zirkulationsapparates, der Atmungsorgane noch mit sonstigen Veränderungen innerer Organe erklären konnte. Die Schwellung betraf nicht nur die Füße, sondern den ganzen Körper. Sehr oft schwollen das Gesicht, insbesondere die Lider an, manchmal lagen seröse Ergüsse in die Körperhöhlen vor. Im allgemeinen ähnelte der Oedemzustand am meisten dem der Nierenkranken. Die gleichen Erkrankungen wurden auch von mehreren in benachbarten Orten arbeitenden Aerzten beobachtet. Insgesamt erstreckt sich der Bericht auf 224 Fälle, davon 118 Männer und 106 Frauen. Nach dem Gesamtbilde handelte es sich um eine unter ruhrartigen Initialsymptomen verlaufende Erkrankung, deren markantestes Symptom starke Körperschwellungen und motorische Schwäche waren, und die in Erscheinung trat bei einer unter außerordentlich ungünstigen Verhältnissen lebenden Bevölkerung. Nach eingehender ärztlicher Untersuchung gelang es, die wahrscheinliche Ursache nicht im Mangel der Nahrungsmittel an sich, sondern in ihrer schlechten Beschaffenheit zu finden, die primär eine schwere Störung der Verdauungsorgane hervorruft, welch letztere ihrerseits dann zu kachektischen, mit Oedemen und anderen erheblichen Erscheinungen einhergehenden Krankheitsbildern führt. Zu der gleichen Auffassung kam Verf. bei der Untersuchung einer als Oedemkrankheit imponierenden Lagerepidemie, die demnächst eingehend von ihm beschrieben werden wird. Das Wichtigste, was wir aus der Arbeit von Budzynski und Chelchowski für die Volksernährung lernen können, ist die Tatsache, daß aufs strengste darauf geachtet werden muß, daß an die breiten Schichten des Volkes nur qualitativ gute Nahrungsmittel abgegeben werden, damit auf jeden Fall Erkrankungen der Verdauungsorgane vermieden werden. Es ist bisher noch nie gelungen, beim Menschen, wenn wir absehen von dem selbstverständlichen, bei völligem Nahrungsmangel eintretenden Zustande des echten Verhungerns, eigentliche Hungerkrankheiten zu finden, die nur auf eine quantitativ unzulängliche Ernährung zurückgeführt werden mußten. Kommt es aber durch die Zuführung qualitativ unzulänglicher Nahrungsmittel zu Störungen der Verdauungsorgane, so liegt die Gefahr sehr nahe, daß die zweckdienliche Ausnutzung der Nahrung versagt, zumal unter beschränkten Ernährungsverhältnissen dem kranken Darm nicht die ihm zur Erholung notwendige Schonung und Diät gewährt werden kann, und dann kommen Krankheiten zur Beobachtung, die dem Laien als „Hungerkrankheit" imponieren können.

Dr. med. **Hans Rehder**, Assistenzarzt a. d. med. Klinik Kiel: **Ueber die Behandlung des Scharlachs mit Rekonvaleszenten- und Normalmenschenserum.** (Deutsches Archiv f. klin. Medizin, Bd. 120, H. 2 u. 3.)

Die langandauernde Immunität, die das Ueberstehen eines Scharlachs erfahrungsgemäß verleiht, legt den Gedanken nahe, das Blut von Scharlachrekonvaleszenten zu therapeutischen Zwecken zu gebrauchen. Weissbecker hat zuerst 1897 über Versuche dieser Art berichtet; nach ihm sind in der Leydenschen Klinik eine Anzahl Fälle mit kleinen Dosen Serum von Scharlachrekonvaleszenten behandelt. Diese sowohl wie die später von Scholz, von Rumpel und von Klose bekanntgegebenen Bestrebungen vermochten nicht von der Wirksamkeit des Rekonvaleszentenserums eindeutig zu überzeugen, und es muß als ein großer Fortschritt angesehen werden, als 1912 von Reiss und Jungmann die Behandlung des Scharlachs mit großen Serumdosen empfohlen wurde, die nach ihren eigenen Mitteilungen sowie denen von Koch und Reiss und Hertz hervorragend gute Erfolge erzielt. Rowe und später auch Moog berichten über nahezu analoge Resultate mit Normalmenschenserum. Nach Reiss liefern die Indikation für diese Therapie Fälle von schwer toxischer Skarlatina mit Versagen des Zirkulationsapparates und schwerer Beeinträchtigung der psychischen Funktionen. Aus allen vorliegenden Arbeiten geht ziemlich übereinstimmend hervor, daß gerade diese die Gefahr anzeigenden Symptome durch die Infusion zum Verschwinden gebracht werden können. Diese günstigen Ergebnisse veranlaßten Verf., Rekonvaleszentenserum bei geeigneten Fällen in der Medizinischen Klinik in Kiel anzuwenden. Die Rekonvaleszentenserumtherapie bei frischem Scharlach mit großen Dosen hat sich in einer Weise bewährt, wie sie nur wenigen serotherapeutischen Maßnahmen eigen ist. Sie ist nicht nur imstande, mittelschwere, ja sogar schwere Fälle geradezu zu coupieren, sondern sie beseitigt auch bei den ganz toxischen Fällen die bedrohlichsten Zustände von Herz- und Gefäßlähmung, sowie schwere Intoxikationszustände des Zentralnervensystems, so daß in vielen der bedrohtesten Fälle die Erhaltung des Lebens ihrem Einfluß zuzuschreiben ist. Die Wirkung des Rekonvaleszentenserums macht den Eindruck einer durchaus spezifischen. Das Normalmenschenserum bewirkt zwar ebenfalls einen regelmäßigen Temperaturabfall, es lindert oder beseitigt aber nur in etwa der Hälfte der Fälle subjektive oder objektive Krankheitssymptome, so daß seine Anwendung in Fällen, die wegen bedrohlicher Erscheinungen dringend eines Eingriffes benötigen, nur dann in Frage kommt, wenn kein Rekonvaleszentenserum zur Verfügung ist. Eine Wirkung der Infusion sah Verf. nur im Verlaufe des eigentlichen primären Scharlachs (etwa innerhalb der ersten 8—10 Tage). Auf die Komplikationen des Scharlachs hat das Serum keinen Einfluß. Bei der Dosierung des Serums hält man sich zweckmäßig an die Regel, pro Kilogramm Körpergewicht 2 ccm Serum zu verabfolgen.

Carl von Noorden (Frankfurt a. M.): **Ueber einen Fall von chronischer Trionalvergiftung.** (Therapeut. Monatshefte, September 1916.)

Eine 68 jährige, im ganzen rüstige Frau hatte sich daran gewöhnt, seit 20 Jahren etwa 20 mal in jedem Monat abends 0,75—1,0 g Trional zu nehmen. Nach Bericht des Arztes entwickelten sich seit Anfang Oktober 1915, allmählich zunehmend: schwere Appetitlosigkeit, Abnahme der geistigen Regsamkeit, erhebliche allgemeine Muskelschwäche, herumziehende Schmerzen in den Gliedern; auch Schmerzen im Bauch, die auf Wiedererwachen eines alten Gallensteinleidens bezogen wurden. Seit der gleichen Zeit nahm der Harn öfters eine ausgesprochene rote Farbe an. Als Verf. die Kranke am 19. Jan. 1916 sah, bestanden die oben erwähnten Symptome. Zeichen einer Organkrankheit lagen nicht vor; insbesondere war das Herz kräftig, dagegen leichte Temperaturanstiege bis 38,5. Die Kranke hatte bis zum Abend vorher das gewohnte Trional genommen. Der spärliche Urin (600—700 ccm) war ohne Sediment und von tief kirschroter Farbe. Nach Maßgabe des allgemeinen chemischen Verhaltens gehörte der Farbstoff zweifellos zur Gruppe der Porphyrine. In Verbindung mit der Anamnese wies diese Harnbeschaffenheit der Diagnose sofort den Weg. Es kam in den nächsten 2 Wochen zu sehr beunruhigenden Symptomen: 1. Herzschwäche: mäßige Verbreiterung des Herzens, sehr leise Töne, allmähliches Ansteigen der Pulsfrequenz bis auf 120 Schläge. 2. Blasenschwäche: Unmöglichkeit zu urinieren. Der Harn mußte mit dem Katheter entnommen werden. 3. Muskelparesen: Ungeschicklichkeit im Bewegen der Zunge, Parese im mittleren und unteren Facialisgebiet; undeutliche, mühsame Artikulation; Erschwerung des Schluckens. Parese im Gebiet der Nn. radialis und medianus. 4. Empfindungslähmungen: undeutliches Empfinden in allen Fingerspitzen. 5. Schmerzen: Heftige Schmerzen in Armen und Händen. Parästhesien namentlich im Gebiet der NN. radiales. Starke Druckempfindlichkeit an den NN. radiales und mediani und der Nn. crurales. 6. Zittern: insbesondere der Hände; gleichfalls der Zunge. 7. Fortschreitende Anämie. Die Behandlung bestand vor allem im sofortigen Aussetzen des Trionals. Neben Sorge für ausreichende Ernährung richtete sich die Therapie hauptsächlich gegen die drohende Herzschwäche. Die oben beschriebenen Erscheinungen erreichten etwa Anfang Februar ihren Höhepunkt; damals mußte man wegen der Herzschwäche um das Leben sehr besorgt sein. Schon ehe die Krankheitssymptome zum Maximum angestiegen waren, d. h. vom 25. Januar ab, also eine Woche nach Aussetzen des Trionals, war die eigentümliche rote Farbe des Urins verschwunden. Von Anfang Februar an verminderte sich langsam die Herzschlagfolge. Auch die übrigen Symptome klangen ab, mit Ausnahme der polyneuritischen Erscheinungen, von denen zwar die der motorischen Hirnnerven und der unteren Extremitätennerven bis Anfang Mai völlig abgeklungen waren. Dagegen entwickelten sich in den kleinen Muskeln des

Daumens und des 5. Fingers beiderseits degenerative Atrophie, die Ende Mai ihren Höhepunkt erreichte und dann nicht weiter fortschritt, aber auch keine Rückbildung erkennen läßt. Von diesen örtlich umschriebenen Lähmungen abgesehen, wurde das Allgemeinbefinden wieder völlig befriedigend; auch die Anämie bildete sich zurück. Im wesentlichen handelte es sich also um ein aus Herzschwäche, Anämie und Polyneuritis zusammengesetztes Krankheitsbild.

Dr. **Otto Wagner** (Berlin): **Ueber die Behandlung von Schußfrakturen der unteren Extremität mit Nagelextension.** (Archiv f. klin. Chirurgie, Bd. 108, H. 1.)

Verf. erörtert zunächst die von anderen Autoren und ihm selbst hervorgehobenen Nachteile der Nagelextension, die sich aber nach seiner Ueberzeugung bei richtiger Indikationsstellung und Technik meist vermeiden lassen. Sie werden überdies durch die erheblichen Vorteile, welche die Nagelextension in einer großen Zahl von Fällen jeder anderen Behandlungsart gegenüber hat, reichlich aufgewogen. Die Vorteile der Nagelextension sind folgende: 1. Die einfache und schnelle Technik des Anbringens der Extension. 2. Der kleine eng umschriebene Angriffspunkt des Zuges, der eine Extensionsbehandlung auch bei großen Weichteilwunden mit starker Sekretion ermöglicht. 3. Die relativ geringe Zugkraft, besonders bei Anwendung der Semiflexionsstellung. 4. Abkürzen der Behandlungsdauer a) infolge der Möglichkeit, die Dislokationen schon während der Wundheilung durch Zug zu beseitigen, b) infolge Fortfalls der absoluten Ruhigstellung des verletzten Gliedes und somit Vermeidung der Muskelatrophie, der Gelenkversteifung, der Druckstellen. 5. Stetige Ueberwachung der Extremität in ihrer Gesamtheit und Bequemlichkeit beim Verbinden. 6. Relative Schmerzlosigkeit. 7. Beseitigung resp. weitgehende Besserung hochgradiger Dislokation auch in veralteten Fällen. — Die Erfahrungen, welche Verf. mit der Nagelextension bei Schußfrakturen der unteren Extremität hat machen können, haben ihn von ihrer Gefahrlosigkeit und großen Leistungsfähigkeit auch in ungünstigen Fällen überzeugt.

Dr. **J. Ledergerber** und Dr. **F. Zollinger** (Zürich): **Unsere Erfahrungen mit der Steinmannschen Nagelextension bei Oberschenkelschußfrakturen.** (Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie, Bd. 137, H. 5—6.)

Die Oberschenkelschußfrakturen gehören zu den ernstesten Verletzungen. Die meist schwere Eiterung der Oberschenkelfrakturen bereitet der Behandlung besondere Schwierigkeiten. Oft kann ein Bardenheuerscher Heftpflasterverband, der der erforderlichen Belastung standhält, wegen der ausgedehnten Verletzungen gar nicht angelegt werden, dann wieder ist die dadurch erreichte Fixation oft eine ungenügende in Hinblick auf den täglich notwendigen Verbandwechsel. Die Verff. hatten Gelegenheit, in einer Periode, wo die meisten ihrer Oberschenkelfrakturen in Bardenheuersche Heftpflasterextensionsverbände, Modifikation Florschütz, gelegt wurden, zahlreiche Nachblutungen zu sehen, deren Entstehung sie sich meistens nur durch eine Anspießung der Gefäße durch ein ungenügend fixiertes Fragmentende erklären konnten. Bei veralteten Frakturen genügte der Heftpflasterzug in der großen Mehrzahl der Fälle nicht, um beinahe stets bestehende Verkürzung auszugleichen. Der Gipsverband eignet sich im allgemeinen nur für Frakturen ohne wesentliche Verkürzung und relativ geringe Weichteilverletzungen, deren Behandlung eine Sauberhaltung des Verbandes gestattet. Diese Mängel, die den gewohnten Friedensmethoden in der Kriegschirurgie anhaften, ließen die Verff. schließlich zu der Steinmannschen Nagelextension greifen, und die überaus guten Erfahrungen, die sie damit in 300 Fällen von Oberschenkelfrakturen machten, veranlaßten sie, das Verfahren als Methode der Wahl zu erklären. Die Verff. gelangten dazu, die Indikation für die Nagelung viel weiter zu stellen, als dies S t e i n m a n n getan hat, und beinahe alle Frakturen des Oberschenkels mit stärkeren Verkürzungen ungeachtet der Infektion mit der Nagelextension zu behandeln. Sie gingen dabei von der Annahme aus, daß das durch die Nagelung gesetzte Trauma nur einen geringfügigen Insult darstelle, der einen so kleinen Locus minoris resistentiae schafft, daß er für einen möglichen Infekt kaum in Betracht kommen werde, falls es nur gelingt, eine gesunde Nagelstelle ausfindig zu machen. Der Erfolg bestätigte denn auch ihre Annahme, und sie hatten auf ca. 300 Steinmannsche Nagelextensionen nur 2 Komplikationen, bei denen das eine Mal eine Nagelung durch den Processus superior der Kniegelenkkapsel mit konsekutiver Arthritis purulenta vorlag, also ein Vitium artis des betreffenden Abteilungsarztes, das eigentlich nicht auf Kosten des Verfahrens gesetzt werden darf, das andere Mal eine paraartikuläre Phlegmone, die den Nagel umspülte. Ob diese fortgeleitet oder durch den Nagel verursacht worden war, ließ sich nicht entscheiden. Jedenfalls heilte der Nagelkanal glatt aus nach Erledigung der Phlegmone, ohne daß ein späterer Eingriff eine Knochenfistel hätte beseitigen müssen. Der erste Fall kam mit partieller Ankylosierung des Kniegelenks davon.

W. Kramer (Glogau): **Zur Behandlung der Unterkieferverrenkung.** (Zentralbl. f. Chir., 1916, No. 40.)

Im Jahrgang 1901 des Zentralbl., No. 14, hatte Verf. im Anschluß an die Mitteilung eines Falles von blutiger Einrichtung einer seit 5 Wochen bestehenden irreponiblen einseitigen Unterkieferverrenkung darauf hingewiesen, daß das übliche Verfahren der Reposition der Kieferverrenkung durch direkten Druck von außen nach hinten auf das bereits unter das Niveau des Tuberculum articulare gebrachte Gelenkköpfchen wirksam unterstützt werden könne. Vor mehreren Wochen hatte Verf. Gelegenheit, es noch in anderer Weise zu erproben. Eine ca. 50 jährige Frau, die sich innerhalb der letzten 20 Jahre bereits dreimal — zuletzt vor 10 Jahren — eine Kieferverrenkung zugezogen hatte, kam am 14. Juni 1916 mittags mit einer in der Nacht zu diesem Tage beim Gähnen erneut aufgetretenen doppelseitigen Luxation des Unterkiefers nach vorn zum Verf., nachdem vorher schon zweimal von anderen Aerzten in Narkose Einrenkungsversuche vergeblich gemacht worden waren. Die Pat. hatte große Schmerzen und zeigte starke Sugillationen und Schwellung des Mundbodens und der Schleimhaut der Unterkiefer-Alveolarfortsätze, so daß ein erneuter Versuch unblutiger Einrichtung Verf. nicht zulässig erschien. Der blutige Eingriff wurde am nächsten Tage in Pantopon-Aethernarkose gemacht. Verf. legte am unteren Rande des rechten Jochbogens einen wagerechten Einschnitt an und führte etwas nach vorn von dessen Mitte einen senkrecht nach abwärts, nur durch die Haut verlaufenden von 1,5 cm Länge hinzu. Nach teilweiser Ablösung des M. masseter vom Knochen versuchte Verf., ohne Eröffnung des Kiefergelenks, mit dem vor das luxierte Köpfchen aufgesetzten gebogenen Elevatorium die Einrichtung. Sie gelang sofort bei Druck auf den Gelenkknopf in der Richtung nach hinten unten, wobei auch linkerseits die Reposition von selbst eintrat. Nahtverschluß der Wunde, die innerhalb 6 Tagen glatt verheilte. Beachtenswert ist, daß die blutige Einrichtung ohne die Durchtrennung stark gespannter Fasern des äußeren Seitenbandes, des M. pterygoideus ext. u. a., wie sie in dem vom Verf. im Jahre 1901 mitgeteilten Falle erforderlich gewesen, in der Hauptsache durch den direkten Druck auf den nach teilweiser Ablösung des M. masseter zugänglicher gewordenen Gelenkkopf gelang.

Dr. **Bruno Possin**, Chirurg in Berlin: **Frei-Luft- und Lichtbehandlung infizierter Wunden.** (Deutsche Zeitschr. für Chir., Bd. 137, H. 4.)

Beide Komponenten beeinflussen in günstiger Weise die Psyche und den Gesamtorganismus des Körpers durch Anregung des Stoffwechsels und Hebung des Gasaustausches. Beide üben eine Reizwirkung auf das Wundgebiet aus. die Luft und ihre Faktoren durch reflektorisch-physikalische, das Licht vornehmlich durch chemische Beeinflussung, wodurch erstere eine Hyperämie, letztere sogar eine Entzündung hervorrufen kann. Jedes von beiden ein für den Heilerfolg günstiges Moment. Beide wirken auf die Infektionserreger ein, die Luft durch Herabsetzung ihrer Virulenz und Vermehrung infolge Veränderung des Nährbodens, das Licht bei genügender Intensität durch Abtötung derselben. Zunächst wird wie bei jeder schwereren Infektion, wenn notwendig, das Messer des Chirurgen freie Bahn schaffen durch Schnitte, die physikalisch günstig gelegen sind, um dadurch einen guten Abfluß bei stärkerer Eiterung zu gewähren; ebenso wird die Schere durch Abtragung ausgedehnter Nekrosen der Abstoßungstendenz des Körpers zu Hilfe kommen. Im Stütz- und leichten Schutzverbande, der aber das Wundgebiet selbst völlig freiläßt, wird die Reaktion des Körpers auf die Infektion durch die Entzündung und ihre Begleiterscheinungen die beste Abwehr treffen, die wir durch die physikalischen und chemischen Kräfte der Luft und des Lichtes in günstiger Weise unterstützen können.

Privatdozent Dr. **W. Denk**, Assist. d. 1. chir. Klinik in Wien: **Alkalitherapie bei foudroyantem Gasbrand.** (Zentralbl. f. Chir., 1916, No. 40.)

Verf. fiel bei einer Anzahl moribunder Gasbrandpatienten ein intensiver Azetongeruch auf, der ihn einmal auf den Gedanken brachte, zur Bekämpfung der Allgemeinerscheinungen an Stelle der Kochsalzinfusion, die von solchen Patienten nach seiner Erfahrung sehr schlecht vertragen wurde, Sodainfusionen zu versuchen. Die Erfolge dieser Sodainfusionen waren derart überraschend, daß er seither bei jedem Falle von schwerem Gasbrand sowohl vor dem operativen Eingriff als auch in der Nachbehandlungsperiode ausgiebig und mit anscheinend bestem Erfolge davon Gebrauch machte. Die Sodalösung wurde in ½ proz. Konzentration angewendet, da stärkere Lösungen leicht Hautnekrosen verursachen, und in der Menge von ½—1 Liter subkutan täglich während der kritischen Zeit. Daneben wurden reichlich alkalische Mineralwasser per os verabreicht. K r.

Prof. Dr. **Lichtenstein** (Leipzig): **Eigenbluttransfusion bei Extrauteringravidität und Uterusruptur.** (Münch. med. Wochenschrift, 1915, No. 47.)

Wie Verf. berichtet, wurde in der Leipziger Universitätsfrauenklinik neuerdings bei schweren, zu Kollaps führenden Anämien nach geplatzter Extrauteringravidität und in einem Falle von Uterusruptur die subkutane Infusion von isotonischer Salzlösung durch die Eigenbluttransfusion ersetzt. Das Verfahren rührt von Thies her. Dieser empfahl, bei der Operation das flüssige Blut aus der Bauchhöhle zu schöpfen, dann durch Mull zu seihen, mit physiologischer Kochsalzlösung etwa im Verhältnis 3:2 zu verdünnen, und von dieser Mischung der Kranken während der Operation eine größere Menge in eine Vene zu infundieren. Thies selbst hat in dieser Weise drei Patientinnen, die pulslos waren, mit Erfolg behandelt. In der Leipziger Frauenklinik wurde bei 7 Fällen von geplatzter Extrauteringravidität und in einem Falle von Uterusruptur diese Eigenbluttransfusion angewendet. Alle Fälle endigten in Genesung. Als Verdünnungsflüssigkeit des aus der Bauchhöhle geschöpften Blutes wurde Ringersche Lösung gewählt. Nachdem das Blut aus der Bauchhöhle ausgelöffelt war, wurde erst die Bauchhöhlenoperation beendigt und erst nach Schluß der Bauchhöhle die Blutlösung in eine Armvene infundiert. Die Blutlösung wurde in folgender Weise bereitet. Das aus der Bauchhöhle ausgelöffelte Blut wird in einen weiten Topf gebracht, in dem sich eine nicht zu große Menge Ringersche Lösung befindet. Das Blut wird mit Holzstäbchen geschlagen und dann durch doppelten Tupfermull in ein Gefäß geseiht, in dem sich so viel Ringerlösung befindet, daß der gewünschte Verdünnungsgrad erreicht wird. Die Ringersche Lösung muß auf Körperwärme gehalten werden. Zur Transfusion wird eine Armvene freigelegt (durch queren Hautschnitt). Dann hebt man mit einer anatomischen Pinzette die Vene etwas an und führt mit einer Aneurysmanadel 2 Katgutfäden unter der Vene durch. Den einen Faden zieht man distalwärts und unterbindet gleich die Vene, ohne den Faden abzuschneiden. Den anderen Faden zieht man proximalwärts und macht einen lockeren chirurgischen Knoten, den man vorläufig nicht zuzieht. An diesen beiden Fäden hebt ein Assistent das dazwischen liegende Venenstück etwas an. Nun schneidet man mit einer feinen Schere die Vene an, führt eine entsprechend dünne Glaskanüle, die an dem Zuführungsschlauch sich befindet, ein, und zwar so weit, daß, wenn man jetzt den proximal liegenden Katgutfaden knotet, die Kanüle in das Gefäß eingebunden wird. Hierauf wird die vorher an dem Oberarm angelegte Stauungsbinde abgenommen oder gelockert, so daß das Blut einfließen kann. Verf. empfiehlt, immer in die linke Armvene zu transfundieren. Ist die Transfusion beendigt, so wird der Faden, mit dem die Kanüle eingebunden ist, angezogen, während gleichzeitig ein Assistent die Kanüle herauszieht, und so die Vene auch oberhalb der Infusionsstelle unterbunden. Hierauf wird der Hautquerschnitt mit einigen Katgutfäden geschlossen. Anfangs benutzte Verf. für die Infusion einen einfachen Glastrichter mit Schlauch, neuerdings benutzt er dazu ein besonderes, aus einem graduierten Standgefäß und einer Ventilspritze und einem Steigrohr mit 2 Schläuchen bestehendes Instrumentarium. R. L.

III. Bücherschau.

Lüftung und Heizung im Schulgebäude. Von Dr. **M. Rothfeld,** Schularzt in Chemnitz. Zwanglose Abhandlungen aus den Grenzgebieten der Pädagogik und Medizin, Heft 6. Verlag J. Springer, Berlin. Preis 4,80 M.

Rothfeld handelt zunächst die einzelnen Bestandteile der Luft in Schulräumen ab. Der Gehalt an Sauerstoff und Kohlensäure, die Riechstoffe und Ozon, die festen Bestandteile der Luft (Bakterien) und der Wasserdampfgehalt, Temperatur und Bewegung der Luft finden, teilweise auf Grund von Untersuchungen des Verf., eine eingehende Besprechung. Alle diese Faktoren lassen sich durch Lüftung und Heizung beeinflussen. Welche Mittel und Wege uns hierzu zur Verfügung stehen, bildet den Hauptinhalt des mit zahlreichen Abbildungen versehenen Buches. Die Forderungen, die Verfasser aufstellt, scheinen nicht zu kostspielig und wohl allgemein durchführbar. Die Abhandlung wird Schulärzten wie Hygienikern, Schulbehörden wie Baumeistern ein guter Ratgeber bei ihrer verantwortungsvollen Tätigkeit sein. R.

Zur chemischen Physiologie des Kalks bei Mensch und Tier. Von Dr. **Oscar Loew,** Professor für chemische Pflanzenphysiologie an der Universität München. München 1916, Verlag der Aerztlichen Rundschau (Otto Gmelin). 79 S.

Man hat in neuerer Zeit mehr und mehr die Bedeutung der anorganischen Verbindungen für die Lebensvorgänge in der Tier- und Pflanzenwelt erkannt. Die Forschungen der letzten Jahre haben auf diesem Gebiete manche überraschende Entdeckung gebracht und speziell gezeigt, daß einzelne Elemente ganz bestimmte Wirkungen auf die Lebenserscheinungen ausüben. So kommt auch den Kalksalzen eine wichtige Rolle im Chemismus des Lebens zu. Der Verfasser der vorliegenden Schrift wendet seit einer Reihe von Jahren diesem Gegenstand seine besondere Aufmerksamkeit zu und hat, zusammen mit dem verstorbenen Münchener Hygieniker Emmerich, nachdrücklich auf den Nutzen der Kalktherapie bei einer Anzahl von Krankheitszuständen hingewiesen. Er gibt nunmehr eine zusammenfassende Uebersicht über Alles, was bezüglich der Bedeutung der Kalksalze durch die neuzeitliche Forschung ermittelt ist. Eingehende Zusammenstellungen gibt er u. a. über den Kalkgehalt verschiedener Nahrungsstoffe, über Folgen des Kalkmangels und Nutzen der Kalkzufuhr, über den Kalk in der Therapie und schließlich über die Bedeutung der Kalksalze in der Ernährung der Haustiere. R. L.

IV. Tagesgeschichte.

Standesangelegenheiten, Medizinal-Gesetzgebung, soziale Medizin etc.

Berlin. Unter dem 5. ds. Mts. ist das neue grundlegende **Gesetz über den vaterländischen Hilfsdienst,** das vielleicht auch die Aerzteschaft nach mehreren Richtungen berühren wird, vom Kaiser verkündet worden und damit in Kraft getreten.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Cand. med. Dossenbach, Leutnant der Reserve bei einer Feldfliegerabteilung, hat den **Orden Pour le mérite** erhalten.

Frankfurt a. M. Im Alter von 48 Jahren starb Dr. Jacob Benario, Oberstabsarzt d. L. und Mitglied des staatlichen Instituts für experimentelle Therapie. Schüler und in der Folge einer der eifrigsten Mitarbeiter des verstorbenen Geheimrats Ehrlich, ist er besonders durch seine Arbeiten über experimentelle Immunität und seine Veröffentlichungen über Salvarsan bekannt geworden.

Würzburg. Der Physiologe Prof. v. Frey ist von der bayerischen Akademie der Wissenschaften zum korrespondierenden Mitglied gewählt worden.

München. Im Alter von 79 Jahren starb der außerordentliche Professor Dr. Carl Posselt, langjähriger Leiter der Abteilung für Haut- und Harnleiden am städtischen Krankenhause in München.

Tübingen. Der Ordinarius für Physiologie Prof. v. Grützner wird demnächst sein Lehramt niederlegen.

Gerichtliches.

Berlin. Wegen **Beleidigung** des Augenarztes Dr. med. Maximilian Grafen v. Wiser wurde der Direktor der Berliner Universitäts-Augenklinik Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Krückmann vom Schöffengericht Berlin-Mitte zu 300 M. Geldstrafe verurteilt. Es wurde auf Grund der Zeugenaussagen als erwiesen erachtet, daß sich Prof. Krückmann gelegentlich einer Konsultation, in der ihm eine früher von Dr. v. Wiser behandelte Patientin zur Begutachtung vorgeführt wurde, in beleidigender Weise über das ärztliche Können des Klägers geäußert habe.

Bautzen. Wegen **Führung eines arztähnlichen Titels** und anderer Delikte wurde der bereits früher wegen ähnlicher Uebertretungen bestrafte Krankenbehandler R. vom hiesigen Landgericht zu 375 M. Geldstrafe verurteilt. U. a. versuchte R. durch Benutzung sinnloser Fremdwortbildungen in seinen Zeitungsanzeigen — wie „compremierte Heilkunde", „homoeophitographisches Konsulatorium" — dem Publikum zu imponieren.

Verschiedenes.

Berlin. Eines argen Verstoßes hat sich ein Arzt schuldig gemacht, der kürzlich einem an Diabetes mellitus leidenden Krankenkassenmitgliede mit einem Male 500 g Saccharin verordnete. Der Apotheker verabreichte dem Patienten zwar nur 250 g, weil er nicht mehr vorrätig hatte, aber auch diese Menge war nicht, wie die „Beratungsstelle für Heilwesen des Hauptverbandes deutscher Ortskrankenkassen" mit Recht beanstandete, mit der für uns Aerzte den Krankenkassen gegenüber geltenden **Regeln wirtschaftlicher Verschreibweise** im Einklang, da ein Krankenkassenmitglied bei einem Unterstützungsfalle nur auf 26 Wochen Krankenpflege Anspruch hat. Der Arzt durfte also höchstens die für diesen Zeitraum ausreichende Menge Saccharin auf einmal verordnen; für das von dem Apotheker auf sein Rezept hin verabfolgte Mehr ist er regreßpflichtig gemacht worden.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: San.-Rat Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil S. Caspari, Berlin-Schöneberg.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW. 68, Alexandrinenstraße 110.

85. Jahrgang | Berlin, 29. Dezember 1916 | No. 52

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen,
Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Steinplatz 105 56

85. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W. 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Referate.

Dr. **Roman Glassner** (Krakau): **Bemerkungen zur Auffassung und Wertung der Herzbeschwerden bei Kriegsteilnehmern.** (Der Militärarzt, 1916, No. 25.)

Die Herzleiden bei den Kriegsteilnehmern erreichen nach Verf. eine nicht unerhebliche Zahl. Bei den meisten Kranken lassen sich durch physikalische und Röntgenuntersuchung Veränderungen — wie Herzerweiterung, Geräusche von veränderlichem Charakter und Lokalisation oder Unreinheit der Töne, besonders des ersten Tones, dessen Klang unrein und rauh ist — feststellen. Die Töne sind leise, die so oft bei nervös gesteigerter Herztätigkeit konstatierte Akzentuierung der 2. Töne fehlt. Fast bei allen Kranken ist ein niedriger, 100 mm Quecksilber nicht erreichender Blutdruck wahrnehmbar. Der Puls ist sehr veränderlich, es besteht Tendenz zu Beschleunigung und verschiedenen Formen von Irregularität. Diese Veränderungen sind vermutlich von der geschwächten tonischen Kraft des Herzmuskels abzuleiten. Bei jenen Kranken, bei welchen diese objektiven Veränderungen nicht zu konstatieren sind, muß man ebenfalls sehr vorsichtig in der Annahme einer reinen Neurose sein, und zwar deshalb, weil wir bei dem jetzigen Stande der wissenschaftlichen Forschung keine feste Grenze zwischen den Affektionen nervöser und denen muskulöser Natur ziehen können. Da in letzter Zeit zweifellos festgestellt wurde, daß die Arteriosklerose keine ausschließliche Krankheit des späteren Alters, sondern auch oft eines verhältnismäßig sehr jugendlichen Alters ist, muß man beim Mangel an objektiven Veränderungen auch an die etwaigen arteriosklerotischen Veränderungen denken, welche in ihrem ersten Stadium jeglicher Untersuchung unzugänglich sein können, wobei jedoch die subjektiven Klagen dieselben wie bei nervösen und muskulösen Störungen sind.

Prof. Dr. **L. Lichtwitz** (Göttingen): **Ueber Marschhämoglobinurie.** (Berl. klin. Wochenschr., 1916, No. 46.)

Ein 20jähriger Musketier, der aus gesunder Familie stammt und früher stets gesund war, machte eine 8monatige Dienstzeit in der Garnison beschwerdefrei durch und erkrankte am 18. Mai nach einem mittleren Marsch mit Schmerzen im Rücken und tiefschwarz-rotem Harn. Am 20. Mai wurde er ins Barackenlazarett eingeliefert, von dort am 10. Juni nach der Reservelazarettabteilung der Göttinger Med. Klinik verlegt. Er machte den 3 km langen Weg zu Fuß, kam beschwerdefrei an, entleerte aber nach der Einlieferung wieder einen Harn von der oben bezeichneten Farbe. Kochprobe negativ, Urobilinreaktion stark, Urobilinogen. Im Sediment: keine Blutkörperchen; Hämoglobinkörnchen, Hämoglobinzylinder, Zylindroide. Die spektroskopische Untersuchung ergibt im wesentlichen Methämoglobin. Die Guajakreaktion ist sehr schwach. Wassermannsche Reaktion im Blute negativ. Der am nächsten Morgen entleerte Harn war hell, klar, frei von Eiweiß und Blutfarbstoff. Der hämoglobinurische Anfall ließ sich bei einigen Marschversuchen von 1—2 stündiger Dauer stets erzeugen. Der Anfall verlief ohne alle Beschwerden. Das im Anfall gewonnene Blutserum war rötlich gefärbt und zeigte spektroskopisch die Streifen des Oxyhämoglobins. Bei der Arbeit am Ergostaten bis zur Ermüdung blieb der Harn frei von Eiweiß und Blutfarbstoff. Der Ehrlichsche Versuch (Stehen in kaltem Wasser mit Blutstauung) blieb bei ¼—½ stündiger Dauer negativ. Nach halbstündigem Stehen in nach vorn gebeugter Haltung war der Harn frei von Eiweiß und Hämoglobin. Nach 20 Minuten langem Stehen in lordotischer Haltung war der Harn frei von Blutfarbstoff, enthielt aber Eiweiß und auch den mit Essigsäure fällbaren Eiweißkörper. Die Therapie bestand in einer Arsenkur und in 2 subkutanen Injektionen des eigenen Serums des Patienten am 25. VI. und 4. VII. Am 27. VII. wurde ein neuer Marschversuch von 1½ stündiger Dauer gemacht, bei dem keine Hämoglobinurie, sondern nur eine geringe Ausscheidung von Eiweiß erfolgte. Am 4. VIII. verlief ein 3 stündiger Marsch ohne Hämoglobinurie. Am 6. VIII. wurde der Pat. zu seinem Ersatztruppenteil entlassen, mit der Empfehlung, ihn bei größeren Märschen zu beobachten und ihn im Falle der Wiederkehr der Erscheinungen einem fahrenden Truppenteile zu überweisen oder ihn als Radfahrer zu verwenden. Die militärische Dienstfähigkeit ist durch die Marschhämoglobinurie keinesfalls auf die Dauer aufgehoben. Die kurze Dauer der Neigung zu Anfällen gibt auch nach dieser Richtung eine gute Prognose. Oft bleibt es überhaupt bei einem Anfall.

Oberstabsarzt Prof. **Rostoski**: **Zur Behandlung der Ruhr.** (Berl. klin. Wochenschr., 1916, No. 46.)

In letzter Zeit ist öfters darauf aufmerksam gemacht worden, daß die alte ausschließliche Schleimsuppendiät bei der Ruhr als ungenügend und zu einseitig zu verwerfen sei. Es wird deshalb eine mehr Abwechslung bietende, kalorienreichere Kur empfohlen und auf die verschiedensten eiweiß- und kohlehydratreichen Nahrungsmittel und Nährpräparate verwiesen. Verf. hatte seit etwa ¾ Jahr Gelegenheit, Ruhrkranke im Felde zu behandeln und hat dabei auf die diätetische Therapie besonderes Gewicht gelegt. Zunächst aber wurde darauf geachtet, daß die Kranken, wenn sie ein Lazarett erreicht hatten, nach Möglichkeit in der ersten Zeit nicht weiter transportiert wurden und strenge Bettruhe hielten. Die Ernährung der Kranken stimmte insofern mit den oben kurz angegebenen Vorschlägen überein, als auch beim Verf. von einer reinen Schleimsuppendiät abgesehen und bald eine vor allem eiweißreiche Kost, wie Eier, gewiegtes sehnen- und fettfreies weiches Rindfleisch, wenn möglich Hühner- oder Taubenfleisch, Weichkäse u. ähnl., gegeben wurde, also Nahrungsmittel, deren Abbau und Resorption im Dünndarm erfolgt, die also wenig Kot geben. Dagegen hat Verf. bei frisch in die Behandlung kommenden Ruhrfällen oder bei Verschlechterungen schon einige Zeit bestehen-

der Erkrankungen stets zunächst dafür gesorgt, daß der Magen-Darmkanal leer war. Einmal, weil es ihm naturgemäß erschien, bei darniederliegendem Appetit und Brechneigung den Magen nicht noch weiter zu belasten, und dann, weil er annahm, daß in einem kotfreien Dickdarm weniger leicht der Grund zu späteren tiefgreifenden Geschwürsprozessen gelegt würde. Allerdings steht einem anfänglichen Verzicht auf einen Ernährungsversuch das Bedenken entgegen, daß der Kranke eventuell zu weit herunterkommt, und daß man seinem Bestreben, Schutzkörper zu bilden, nicht genügend entgegenkommt. Wie man sich verhalten soll, kann nur die Praxis entscheiden. Die Erfahrung hat Verf. nun überzeugt, daß man zunächst dafür sorgen soll, daß dem Verdauungstraktus keine Arbeit zugemutet wird. Die oberen Teile desselben, speziell der Magen, erholen sich dann viel schneller, und nun kann früh mit einer verhältnismäßig guten Ernährung begonnen werden. Der Prozeß im Dickdarm kann natürlich nach einigen Tagen noch nicht abgeklungen sein, aber die quälendsten Symptome lassen doch auch bei den meisten Fällen verhältnismäßig schnell nach, nach Verfassers Erfahrungen schneller, als wenn man von Anfang an in erster Linie daran denkt, den Kranken reichlich zu ernähren. Einen leeren Verdauungstraktus erreicht man zu einem Teil dadurch, daß man beim Beginn der Behandlung auf jegliche Ernährung verzichtet und nur dem Flüssigkeitsbedürfnis des Pat. Rechnung trägt. Kr.

Prof. G. **Hoppe-Seyler** (Kiel): **Ueber die Beziehung des Diabetes insipidus zur Hypophyse und seine Behandlung mit Hypophysenextrakt.** (Münch. med. Wochenschr., 1915, No. 48.)

Neuere Beobachtungen machen es wahrscheinlich, daß der Diabetes insipidus mit Erkrankungen der Hypophyse in ursächlichem Zusammenhang steht, und zwar handelt es sich wohl um den Mangel eines von der Drüse normalerweise produzierten, die Diurese hemmenden Sekrets. Ist diese Annahme richtig, so muß es gelingen, durch Zuführung von Hypophysenextrakt die krankhaften Störungen beim Diabetes insipidus wenigstens vorübergehend zu beseitigen. Verf. hatte Gelegenheit, bei einem 25 jährigen Maschineningenieur, der an Diabetes insipidus erkrankt war, diese Behandlung zu versuchen. Es wurden dem Kranken 3—4 mal täglich 0.5 g Pituitrin eingespritzt. Dadurch wurde in der Tat die Urinausscheidung erheblich vermindert, die Konzentration des Urins erhöht, das Durstgefühl wurde geringer, das Allgemeinbefinden hob sich, das Körpergewicht nahm zu. Wurde Pituitrin per os gegeben, so trat keine Wirkung ein, auch innerliche Darreichung von Rinderhypophysen hatte nur geringe Besserung zur Folge. Pituglandol innerlich und subkutan gegeben, blieb wirkungslos. R. L.

Frauenarzt Dr. A. **Hirschberg** (Berlin): **Coluitrin in der Geburtshilfe.** (Medizin. Klinik. 1916, No. 41.)

Unter dem Namen „Coluitrin“ kommt ein neues Hypophysenpräparat in den Handel (Fabrik organotherapeutischer Präparate Dr. Freund und Dr. Redlich, Berlin NW., Luisenstr. 21), das aus dem Hinterlappen der Drüse gewonnen wird. Ueber die therapeutische Wirksamkeit der Hypophysenpräparate als solcher kann das Urteil als feststehend gelten. Zweifellos ist jetzt die uteruskontrahierende, im Hinterlappenextrakt enthaltene Substanz festgestellt, welche die glatten Muskelfasern des Uterus und die motorischen Uterusnerven in Erregung versetzt. Verf. hatte Gelegenheit, im letzten halben Jahre die Wirkung des Coluitrin als wehenförderndes Mittel in der Austreibungsperiode an der Hand von zwölf eigenen Beobachtungen zu studieren. Es handelte sich um ältere Erstgebärende (bis zu 43 Jahren) mit primärer und sekundärer Wehenschwäche, zum Teil mit vorzeitigem Blasensprung, also um Frauen, bei denen an einer schnellen Beendigung der Geburt viel gelegen war. Verf. hat dabei die Erfahrung gemacht, daß auch in der geburtshilflichen Anwendung das Coluitrin sich dem englischen Pituitrin gleichwertig erweist. Er hat die Injektionen subkutan angewandt; eine schädliche Wirkung hat er nicht beobachtet. Bei mangelhafter Wehentätigkeit nach der ersten Einspritzung wurde die subkutane Injektion wiederholt.

Prof. Dr. F. **Jessen**, Waldsanatorium Davos: **Ueber extrapleuralen Pneumothorax als Methode der Wahl zur Behandlung adhärenter kavernöser Lungentuberkulose.** (Zentralblatt f. Chir., 1916, No. 42.)

Daß der künstliche aseptische intrapleurale Pneumothorax ein ausgezeichnetes Mittel zur Behandlung der Lungentuberkulose darstellt, ist anerkannt. Jeder aber, sagt Verf., der über große Pneumothoraxerfahrung verfügt, weiß, daß nur der komplette Pneumothorax ideale Resultate ergibt, daß ein inkompletter oft ungenügend, manchmal direkt schlecht wirkt. Für diese Fälle und solche, in denen Pleuraverwachsung überhaupt keinen Pneumothorax gestattet, ist dann die sogenannte extrapleurale Thorakoplastik und die Plombierung angegeben. Die große Plastik oder Entknochung ist ein mit schwerstem Shok verbundener, oft lebensgefährlicher Eingriff. Die Plombierung führt in einem großen Prozentsatz der Fälle zur Ausstoßung der Plombe. Beide Methoden versagen oft, wenn die Kavernen nur noch Hautsäcke sind und zu sehr am Hilus in bronchiektatischer Form sitzen. Verf. hat bereits früher darauf hingewiesen, daß man mit einfacher Pneumolyse gute Resultate erzielen kann, doch genügt dieser Eingriff oft nicht, weil sich die Lunge doch wieder zu rasch ausdehnt. Daher ist Verf. dazu gekommen, nach Pneumolyse temporär zu tamponieren. Es hat sich nun gezeigt, daß diese Tamponade überflüssig ist, unnötig reizt und daß man nur den Gedanken des intrapleuralen künstlichen Pneumothorax auf das extrapleurale Gebiet zu übertragen hat, um so gute Resultate zu bekommen daß sie mit den besten Erfolgen des intrapleuralen künstlichen Pneumothorax konkurrieren können. Es kommt bei diesem Verfahren nicht nur zu einer Kavernenausheilung, sondern zu einer so starken autoimmunisatorischen Wirkung, daß auch Herde der anderen Seite verschwinden. Verf. beschreibt ausführlich die Operation.

Sanitätsrat Dr. K. **Gross** (Liebenburg, Harz): **Ueber Heilerfolge mit Sudian (Sapo kalinus compositus).** (Medizin. Klinik, 1916, No. 46.)

Die Schmierseifeneinreibungen bilden häufig für den Pat. eine qualvolle Kur. Diesem Umstande verdankt das Sudian (Sapo kalinus compositus) sein Dasein. Es wurde auf Anregung von Dr. B. Mosberg (Bielefeld) hergestellt, präsentiert sich als eine nahezu wohlriechende, sehr leicht verreibbare, gelbliche, weiche, salbenartige Masse, die schnell von der Haut resorbiert wird. Nach den Angaben der herstellenden Fabrik besteht das Sudian aus 80 Teilen Sapo kalinus medicinale, 17 Teilen Sapen, einer alkoholisch verseiften Fettsäure und 3 Teilen Sulfur praecipitatus. Die Masse ist mit geeignetem indifferenten ätherischen Oele etwas parfümiert. Sudian wurde von G. verordnet zu längeren Schmierkuren in einigen Fällen von Lungentuberkulose, und zwar bei schweren Erkrankungen. Die Wirkung war meist verblüffend; Appetit und Allgemeinbefinden hoben sich binnen kurzer Zeit sehr deutlich. Eklatante Wirkung sah Verf. ferner von methodischen Schmierseifeneinreibungen bei mehreren skrofulösen Kindern mit dickem aufgetriebenen Bauche. Dann hatte er einen jener hartnäckigen, sich oft Jahre hinziehenden Fälle von schwerer skrofulöser Augenentzündung bei einem Kinde, verbunden mit starker Lichtscheu. Der kleine Pat. war bereits ein halbes Jahr ohne besonderen Erfolg in ärztlicher Behandlung gewesen, anscheinenden Besserungen folgten immer wieder Rezidive. Verf. verwendete nur eine Kruke Sudian, nach deren Verbrauch die Augen dauernd geheilt waren. Ferner hat Verf. die Sudianschmierkur mit Erfolg angewendet bei serösen Ergüssen in die Brusthöhle, bei chronischen Anschwellungen. Auch bei sogenannter Unterleibstuberkulose vermochte G. mit Sudian Heilung zu erzielen, und zwar meint er jene im kindlichen oder auch jugendlichen Alter vorkommenden Fälle, in denen auf der peristalen und visceralen Peritonealfläche dicke, schwammige Auflagerungen nebst exsudativem Erguß in die Bauchhöhle zu finden sind. In solchen Fällen wirkt Sudian geradezu ausgezeichnet, und die sonst übliche Eröffnung der Bauchhöhle und deren Bestrahlung waren unnötig. — Das Präparat muß lange und gleichmäßig verrieben werden. Verf. macht jedesmal sechs Einreibungen — ein Turnus —; hierauf ein Tag Pause, dann wieder ein Turnus von sechs Einreibungen usw. bis zum Ende der Kur. Die Einreibungen läßt Verf. immer abwechselnd an verschiedenen Körperstellen vornehmen, z. B. Brust, Rücken, Bauch, Arme, Beine, bei Halsdrüsen der Hals, bei Leistendrüsen die Leistengegend.

Dr. **Armin Weiss**: **Transport-Extensionshülse für Oberschenkelfrakturen.** (Wiener med. Wochenschr., 1916, No. 46.)

Fast alle Autoren betrachten den Gipsverband, für offene Frakturen entsprechend gefenstert oder mit Brücken versehen, als den besten Transportverband für die Oberschenkelfraktur im Felde. Seiner Anlegung stehen in den vordersten Sanitätsformationen, besonders im Bewegungskrieg, leider meist unüberwindliche Hindernisse entgegen. Es besteht daher der Zwang, hier mit Schienenverbänden sein Auslangen zu finden. Schwieriger Transportverhältnissen sind aber gewöhnlich die altbekannten improvisierten Schienenverbände nicht gewachsen. Die bisher bekanntgewordenen Spezialschienen besitzen meist eine derartige Größe und unhandliche Form, daß ihr Transport in die Feuerlinie sehr große Schwierigkeiten macht. Beide Schienenarten verlieren aber bereits dadurch sehr an Wert, daß der Wundverbandwechsel stets nur nach Abnahme der Schienen erfolgen kann, also die Fixation illusorisch wird. Auf Grundlage der Dupuytren-Hackerschen Extensionslatte hat Verf. es versucht, einen portativen Extensionstransportapparat zu konstruieren, der ausschließlich für die Versorgung derartiger Verletzungen in den vorderen Linien bestimmt ist. Derselbe beruht überdies auf der speziell bei Extensions-Gipsbrückenverbänden eigener Methode gemachten Erfahrung, daß Extension und Kontraextension an und für sich ohne jede

Schienung bereits ein ausgezeichnetes Fixationsverfahren darstellen. Verf. gibt eine eingehende Beschreibung, auf die verwiesen werden muß. Wirklich frontbrauchbar wird der Apparat durch die Einfachheit seiner Transportart. Der Blessiertenträger schnallt ihn wie einen Gürtel um den Leib. Die Extensionsstangen hängen nach Art eines Seitengewehres zur linken Seite herab. Der Apparat behindert seinen Träger, der beide Hände frei hat, weder während des Marsches noch bei irgendwelcher Hilfeleistung. Sein Gewicht beträgt 4½ kg. Der Apparat wurde an der Südwestfront erprobt und ergab eine derart sichere Fixationsmöglichkeit, daß solche Patienten mit radiologisch nachgewiesenen frischen Oberschenkelfrakturen imstande sind, wie in einem Gipsverband mit Unterstützung schmerzfrei aufrecht zu stehen.

Dr. **Johann Mackowski** (Thorn): **Die Wirkung des Spitzgeschosses auf Schaft und Gelenkenden langer Röhrenknochen.** (Deutsche Zeitschr. f. Chir., Bd. 137, H. 5. u. 6.)

Verf. hat in den Festungslazaretten Thorns an einem großen Material von Schußfrakturen die Wirkung des Spitzgeschosses beobachtet, wobei er in jedem einzelnen Fall ganz besonders das Röntgenbild zu Rate zog. Die Darstellung beschränkt sich in der Hauptsache auf die Wirkung des russischen Infanteriegeschosses auf den Knochen. Die häufigste Splitterform der Diaphysen ist die Schmetterlingsfigur. Diese kommt besonders dann in ausgesprochener Weise zustande, wenn das Geschoß die Diaphyse in ihrer Breiten- und Längenmitte trifft. Trifft ein Spitzgeschoß die Diaphyse in der Breiten-, aber nicht in deren Längemitte, sondern näher dem einen epiphysären Ende, so fallen die nach der Diaphysenmitte zu gelegenen Splitter länger aus, als die anderen. Oft bricht das epiphysäre Ende in solchen Fällen quer ab. Trifft das Geschoß die Diaphyse nicht in der Breitenmitte, sondern so, daß es den Querschnittskreis des Knochenschaftes in zwei ungleiche Segmente teilt, so splittert die dem großen Kreisabschnitt entsprechende Knochenmantelseite in großen, die andere in kleinen Splittern ab. Je stärker und dicker die Diaphyse ist, um so größer und massiger sind die Splitter. So neigt die Femurdiaphyse zur Bildung großer, die schlanken Unterarm- und Unterschenkel-Knochen-Diaphysen zur Bildung kleiner und schlanker Splitter. Durch rasante Geschosse werden häufig kleinere Splitter nach dem Ausschuß hin mit fortgerissen; sie sind bisweilen mit dem Zustandekommen eines großen Ausschusses in Zusammenhang zu bringen. Diaphysenschußfrakturen ohne Kontinuitätstrennung kommen fast nur an den schlanken Unterarm- und Unterschenkelknochen vor. Sie werden nicht beobachtet am Humerus und am Femur. Die häufigste Diaphysenschußfraktur des Femur ist der großsplitterige Schrägbruch mit Bildung langer schnabelförmiger Frakturenden. Querbrüche werden fast nur an der Humerusdiaphyse beobachtet; sie werden wahrscheinlich verursacht durch Anschlagen des Geschosses mit der Breitseite gegen den Knochen. Auch wenig rasante, undeformiert in den Weichteilen steckenbleibende Geschosse können einen Humerusquerbruch herbeiführen. Der Gelenkkopf wird vom Spitzgeschoß gewöhnlich glatt durchbohrt ohne Splitterung, doch kommen kleinsplitterige Gelenkschüsse auch vor. Getroffene Kondylen und Gelenkhöcker werden abgesprengt.

Dr. **Hermann Nieden**, Assistent d. chir. Universitätsklinik in Jena: **Die freie Knochenplastik zum Ersatz von knöchernen Defekten des Schädels mit und ohne gleichzeitigen Duraersatz.** (Arch. f. klin. Chir., Bd. 108, H. 2.)

Zum Ersatz von Schädeldefekten stehen uns verschiedene Verfahren zur Verfügung, welche sich, sieht man von alloplastischem Material ab, in drei wichtige Gruppen einteilen lassen: 1. gestielter Hautperiostknochenschällappen (nach Müller-König), 2. gestielter Periostknochenlappen (nach v. Hacker), mit doppeltem Perioststiel (nach Hoffmann), 3. die freie Knochenplastik aus der Tibia (nach Seydel 1889). Eine freie Knochenplastik wurde im allgemeinen zur Deckung von Schädeldefekten nur ausnahmsweise geübt, wenn es sich um Trepanationen bei Splitterfrakturen handelte, bei welchen die Wundverhältnisse es erlaubten, eine Reimplantation der herausgenommenen Splitter vorzunehmen. Dagegen hat die Seydelsche Operation wenig Verbreitung gefunden, was wohl durch das Mißtrauen zu begründen ist, welches der freien Knochenverpflanzung an sich nach den Barthschen Arbeiten lange Jahre entgegengebracht wurde. In der Lexerschen Klinik in Jena werden seit fast 10 Jahren zwei Verfahren geübt: 1. Der Ersatz durch Platten aus der Tabula externa möglichst aus der Nähe des Defektes mit oder ohne Periostbekleidung, je nach der Bedeckung mit einem Haut- oder Periostlappen. Dies Verfahren genügt für kleine und mittelgroße Defekte, ausnahmsweise auch für größere. Es findet seine Verwendung, wenn die Dura unverletzt ist oder wenn ein tieferer Hirndefekt, ein offener Ventrikel oder eine tief eingesunkene Hirnmasse die vorherige Unterpolsterung mit einem freien Subkutanfettlappen notwendig machten. Ersatz durch Platten aus der Tibiavorderfläche a) bei sehr großen Knochendefekten mit oder ohne Periost je nach der Bedeckung mit einem Haut- oder Hautperiostlappen, und zwar ebenso wie bei den Platten aus der Tabula externa sowohl über unverletzter Dura als nach Unterpolsterung mit Fettgewebe; b) bei kleinen und großen Schädellücken mit einfachem Duradefekt und nicht eingesunkener Hirnoberfläche, ferner nach oberflächlicher Abtragung der Hirnnarbe, wobei das der Tibiavorderfläche aufsitzende Subkutanfettgewebe im Zusammenhang mit dem Knochen entnommen wird und die Platten mit der Fettgewebsseite nach innen eingepflanzt werden.

Dr. **O. Heinemann** (Berlin): **Großer submuköser Kehlkopfabszeß, von außen eröffnet.** (Berl. klin. Wochenschr., 1916, No. 46.)

Ein 55 Jahre alter Mann erkrankte anfangs Mai an linksseitiger Halsentzündung. Nach 3 Tagen trat Atemnot auf, nach 5 Tagen ein Gesichtserysipel. Wegen Erstickungsgefahr wurde ein Laryngologe hinzugezogen, der einen intralaryngealen Eingriff machte. Danach soll Eiter im Auswurf aufgetreten sein. Der Schmerz blieb, die Atemnot wurde gelinder. Am 6. VI. sah Verf. den Kranken zuerst. Das Gesicht trug noch deutlich die Spuren eines in Abheilung begriffenen Erysipels. Fieber bestand nicht mehr. Die Atmung war nur mäßig beengt. Laryngoskopisch konnte festgestellt werden, daß die Epiglottis frei war. Dagegen war die ganze Hinterwand tiefrot geschwollen, auch die Stimmbänder waren gerötet. 4 Tage später war die ganze äußere Kehlkopfgegend geschwollen und fluktuierend, die Haut darüber jedoch blaß. Kein Oedem der Umgebung, die Atembeschwerden auffallend gering. Von einer irgendwie erheblichen Larynxstenose konnte nicht die Rede sein. Am 9. VI. in Lokalanästhesie Querschnitt über die äußere Kehlkopfgegend, etwa in der Mitte des Schildknorpels. Nach Spaltung von Haut und Fascie stellt sich heraus, daß die Fluktuation unterhalb der Brustbein-Zungenbeinmuskulatur sich befindet. Diese wird daher in der Medianlinie gespalten, und ein Weinglas voll dicken Eiters entleert. Unter Drainage schloß sich die Wunde in 14 Tagen. Die Krankheit ist wohl als akute submuköse Laryngitis mit Ausgang in Abszeßbildung aufzufassen. Dieselbe tritt im Gefolge von Infektionskrankheiten, in diesem Falle also von Gesichtserysipel, auf.

Dr. **Herbert Körbl** (Wien): **Sphinkterplastik bei Incontinentia alvi.** (Arch. f. klin. Chir., Bd. 108, H. 1.)

Der Hauptpunkt des vom Verf. angewandten Verfahrens liegt in der Wiederherstellung der für die Kontinenz so wichtigen tieferen Schicht des in einem großen Umfange zerstörten Externusringes durch eine Plastik aus dem Externus selbst. Diese besteht darin, daß man den noch vorhandenen Teil der oberflächlichen Externusschicht vom gesamten Externusrest abspaltet, den so erhaltenen, gestielten Muskellappen um den Darm herumschlägt und mit ihm den Defekt im tieferen Externusteil überbrückt. In jenen, wenn auch gewiß seltenen Fällen, bei denen wegen eines zu großen Defektes der Schließmuskeln die direkte Sphinkternaht unmöglich ist, genügende Reste der Sphinkteren aber vorhanden sind, könnte vor der Plastik aus fremden Muskeln ein Versuch mit der hier beschriebenen Methode (Plastik aus den Schließmuskeln selbst) unternommen werden. Wenn diese Operation auch sehr oft auf bedeutende Hindernisse stoßen wird, so wird vielleicht doch in manchen Fällen ein Erfolg erzielt werden können.

Dr. **M. Winands**, ord. Arzt am Reservelazarett II (Aachen): **Praktischer Wink für die Wundbehandlung.** (Medizinische Klinik, 1916, No. 41.)

Fast alle unsere Wundverbände haben den Uebelstand, daß die Verbandstoffe mit der Wunde, namentlich mit den Wundrändern verkleben. Ist die Wunde vernäht, so ist es nicht schlimm, da die Verbandzeuge sich leicht entfernen lassen, wodurch die Wunde nicht sonderlich gereizt wird. Macht man dabei weiterhin Salbenverbände, so ist von besonderer Verklebung kaum mehr die Rede. Ist aber die Operationswunde aus irgendeinem Grunde nicht vernäht worden, oder handelt es sich um offene, eiternde Wunden, flache Wunden, Geschwüre, Fisteln, Höhlenwunden, impetiginöse Ausschläge usw., so geht Hand in Hand mit der Bildung von Granulationen die Ueberhäutung vom Rande oder von stehengebliebenen Hautinseln aus. Hierbei ist die Verklebung der Wunde und besonders der Wundränder mit dem Verbandmaterial nach der üblichen Methode nicht zu verhüten. Das verwandte Verbandzeug verbackt mit Blut, Wundflüssigkeit und Eiter zu einer völlig undurchlässigen Masse. Ein Teil der Wundflüssigkeit ist aufgesaugt worden. Dann aber ist durch Austrocknung der Aufsaugungsprozeß unterbrochen worden. Unter dem Verbande stagniert der Eiter und übt durch Druck eine ungünstige Wirkung auf die Wunde aus. So wird die Heilung verzögert. Bei Ulcus cruris wendet Verf. folgende einfache wirkungsvolle Verfahren an: Das Geschwür wird je nach dem Stande der Granulationen oder je nach der Aetiologie versorgt mit Salben, antiseptischen Wundmitteln, Aetzungen und so fort und dann der Rand mit irgendeiner Paste oder

Zinköl bestrichen. Darüber kommt direkt auf die Wunde und den Rand überragend ein entsprechend großes Stück Guttapercha oder Billrothbatist. Dieses wird fixiert mit Leukoplaststreifen, mit denen man auch leicht eine Entspannung der Wundränder herbeiführen kann. Das Ganze wird dann mit Gaze bedeckt und verwickelt. Die Wundflüssigkeit fließt nun seitwärts über die durch Pasten geschützten Wundränder nach außen und wird dort aufgesaugt, ohne hier Verklebungen machen zu können, da gesunde Haut dem Verbandzeug anliegt, die durch das Fett der Pasten oder Salben zur Verklebung ungeeignet gemacht ist. Solche Verbände läßt Verfasser lange liegen, bei Ulcus cruris bis zu 14 Tagen; kallöse Geschwürsränder, harte Wundränder, die wochenlang sich nicht verschoben, erweichen, die neugebildete Haut wächst schnell, da sie nicht irritiert wird.

Dr. **Walter Hesse: Fibrolysin in der Kriegschirurgie und seine Gefahren nebst einem Anhang über die Fibrolysinanaphylaxie.** (Arch. f. klin. Chir., Bd. 108, H. 1.)

Fibrolysin hat sich in der Behandlung funktionsstörender narbig ausgeheilter Schußverletzungen bei geeigneter Auswahl der Fälle als narbenerweichendes Mittel bewährt. In das Indikationsgebiet der Fibrolysinbehandlung fallen: 1. Beweglichkeitsstörungen in den verschiedensten Gelenken, wenn sie die Folge starker narbiger Weichteilschrumpfung oder narbiger Verwachsung der Weichteile mit dem Knochen oder narbiger Verwachsung von Sehnen- und Muskelgruppen untereinander unter Aufhebung ihrer isolierten Bewegungsfähigkeit sind; 2. druckempfindliche Narben; 3. Störungen der Blutzirkulation infolge Narbenbildung; 4. schwartige Pleuraverwachsungen. Auch bei Innehaltung dieses Indikationsgebietes ist nur bei etwa 30—50 Prozent der Fälle ein günstiger Erfolg der Fibrolysinbehandlung zu verzeichnen gewesen. Kontraindiziert ist die Anwendung des Fibrolysins, solange die Möglichkeit eines Einschlusses latenter virulenter Eitererreger in der Wundnarbe besteht, da unter diesen Umständen mit einem Wiederaufflackern des früheren abgeklungenen entzündlichen Prozesses in der Narbe gerechnet werden muß. Unter drei beobachteten derartigen Fällen verliefen zwei tödlich. In der Praxis begegnet die Innehaltung dieser theoretisch so leicht formulierten Vorschrift insofern großen Schwierigkeiten, als das Vorhandensein eines latenten Eiterherdes in der Wundnarbe der klinischen Diagnostik mangels klinischer Symptome in manchen Fällen entgehen kann. Auch das Alter der Narbe bietet keinen Anhaltspunkt für den Ausschluß eines virulenten Eiterherdes in der Narbe. Da in Verfassers infektiösen Fällen die Einspritzung direkt in das Narbengewebe erfolgte, liegt die Annahme nahe, der direkten Einspritzung des Fibrolysins Schuld an dem foudroyanten Charakter der tödlich verlaufenen Fälle beizumessen. Für unser therapeutisches Handeln erwächst daraus die Vorschrift, das Fibrolysin niemals in die Narbe selbst einzuspritzen. Außerdem kommen gelegentlich im Verlaufe der Fibrolysinbehandlung als Folge eines gesteigerten Abbaues von Narbengewebe und dadurch bedingter Ueberschwemmung des Blutes mit dem als artfremdes Eiweiß wirkenden Abbauprodukt (Leim) Störungen des Allgemeinbefindens toxischer Art zur Beobachtung, die durch Anaphylaxie zu erklären sind. Anaphylaktische Erscheinungen bilden keine Gegenanzeige zur Fortsetzung der Fibrolysinbehandlung; vielmehr sind sie als prognostisch günstig für den therapeutischen Erfolg der Fibrolysinbehandlung anzusehen, da sie ja der Ausdruck eines lebhaften Abbaues von Narbengewebe sind. Das Fehlen anaphylaktischer Vergiftungssymptome ist bei negativem Erfolg der Fibrolysinbehandlung der Ausdruck mangelnden Abbaues von Narbengewebe und bei mehr oder weniger erfolgreicher Fibrolysinbehandlung der Ausdruck der Antianaphylaxie, einer aktiv erworbenen Toleranz gegen das anaphylaktische Gift. Das plötzliche Ausbleiben oder allmähliche Abklingen anaphylaktischer Symptome trotz Fortsetzung einer bis dahin stark anaphylaktisch wirkenden Fibrolysinkur unter Beibehaltung der gleichen oder stark reduzierten Fibrolysindosen erklärt sich gleichsam mit dem Begriff der Antianaphylaxie. Für den mehr oder weniger starken Ausfall der anaphylaktischen Reaktion eines Organismus ist, abgesehen von der Menge des abgebauten Narbengewebes, die Labilität des Vasomotorenzentrums ausschlaggebend. Kr.

II. Bücherschau.

Kriegsärztliche Vorträge. Redigiert von Prof. Dr. **C. Adam.** Dritter Teil. Mit 33 Abbildungen im Text. Jena 1916, Verlag von Gustav Fischer. 224 S. 4 M.

In dieser Schrift sind die Vorträge vereinigt, die an den „Kriegsärztlichen Abenden" in Berlin während des Wintersemesters 1915-1916 gehalten wurden. Mit Aufsätzen von nicht streng medizinischem Inhalt sind hier Arbeiten von spezialistischem Interesse aus den verschiedenen Gebieten der Kriegsmedizin vereinigt. Verschiedene Abhandlungen betreffen die Frage der Armprothesen; A. v. Wassermann und Prof. Sommerfeld haben experimentelle Untersuchungen über die Wirksamkeit der Typhus- und Choleraschutzimpfung beigesteuert. Mehrere Arbeiten (Trendelenburg, Weski, Salomon) beschäftigen sich mit dem röntgenologischen Nachweis von Geschossen. Dem Gebiet der Kriegsneurologie gehören 2 Vorträge an: Ueber die Ausfallserscheinungen nach Hirnverletzungen (Aschaffenburg) und ein ziemlich ausführlich wiedergegebener Vortrag von H. Oppenheim: Neurosen nach Kriegsverletzungen.

Anleitung und Indikationen für Bestrahlungen mit der Quarzlampe „Künstliche Höhensonne". Von Sanitätsrat Dr. **Hugo Bach** (Bad Elster in Sachsen). Mit 21 Abbildungen im Text und 8 Abbildungen am Schluß. Dritte ergänzte Auflage. Würzburg 1916, Verlag von Curt Kabitzsch. 90 S. 3 M.

In der neuen Auflage dieser Schrift, welche im vorigen Jahre an dieser Stelle angezeigt wurde, hat Verf. alle wesentlichen Neuerungen auf dem Gebiet berücksichtigt, sowie ein vollständiges Verzeichnis der darauf bezüglichen Literatur hinzugefügt. Die bisherigen Erfahrungen sind zum Teil in Form von Referaten zusammengestellt. Das schnelle Notwendigwerden einer neuen Auflage spricht für die Bedeutung, welche sich die Quarzlampenbestrahlung in der Therapie der Gegenwart errungen hat. R. L.

III. Tagesgeschichte.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Das **Eiserne Kreuz I. Kl.** haben neuerdings folgende Aerzte erhalten: Stabsarzt Dr. Bellinger (Mainz), Stabsarzt Dr. Bräutigam (Zell a. H.), Stabsarzt Dr. Götz (Stuttgart), Stabsarzt Dr. Hafemann (Soldin), Oberstabsarzt Dr. Helm (Colmar), Oberstabsarzt Dr. Hölker (Potsdam), Oberstabsarzt Dr. Lackner (Königsberg), Stabsarzt Dr. Lange (Herford), Stabsarzt Dr. Munter (Bad Wildungen), Oberstabsarzt Dr. Sauberschwarz (Balingen), Oberstabsarzt Dr. Troger (Burg b. Magdeburg), Stabsarzt Dr. Weichsel (Leipzig) und Stabsarzt Dr. Wittern (Eutin).

Frankfurt a. M. Im Alter von 63 Jahren starb hierselbst Geh. Sanitätsrat Prof. Dr. Edmund Leser, der sich als Chirurg einen Namen gemacht hat. Aus der Schule von R. Volkmann hervorgegangen, war er von 1884 bis 1908 Privatdozent der Chirurgie in Halle a. S., seit 1894 mit dem Professortitel; er siedelte dann nach Frankfurt a. M. über. Unter seinen Veröffentlichungen hat sein Lehrbuch der speziellen Chirurgie verdiente Verbreitung gefunden.

— Dr. Willy Pfeiffer hat sich für Rhinologie und Laryngologie habilitiert.

München. Der Assistent an der Universitäts-Frauenklinik D. E. Ritter v. Seuffert ist zum Oberarzt der zu dieser Klinik gehörigen radiologischen Abteilung ernannt worden.

Illenau. Im Alter von 76 Jahren starb Geheimrat Prof. Dr. Heinr. Schüle, Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Illenau, einer der hervorragendsten deutschen Psychiater, der sich speziell um die Irrenpflege seines Heimatlandes Baden erhebliche Verdienste erworben hat. Seit 1863 war er an der ihm später unterstellten Heilanstalt ununterbrochen tätig; Berufungen an Universitäten hat er mehrfach ausgeschlagen. Er war seit 1879 Mitredakteur der Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie und gehörte jahrzehntelang dem Vorstand des Deutschen Vereins für Psychiatrie an. Unter Schüles Veröffentlichungen sind zu erwähnen die „Sektionsergebnisse bei Geisteskranken", das „Handbuch der Geisteskrankheiten" in Ziemssens spezieller Pathologie und Therapie und die in eine Reihe fremder Sprachen übersetzte „Klinische Psychiatrie".

Krakau. Dr. Franz Czubalski hat sich für Physiologie habilitiert.

Verschiedenes.

München. Das bayerische Kultusministerium veröffentlicht die Stiftungsurkunde für die **Dr. Gustav Kraußsche Krankenhaus-Stiftung für mechanische Orthopädie** (Kraußianum) in München. Die Stiftung wurde nach Maßgabe der letztwilligen Verfügung des 1910 in Heidelberg verstorbenen Arztes Dr. med. Gustav Krauß jun. zum dauernden, ehrenden Gedächtnisse seines Vaters mit einem Stiftungsvermögen von 1 481 700 M. errichtet; ihr Zweck ist die Errichtung und der Betrieb eines Krankenhauses, das als Asyl zur Heilung von Krüppeln, und zwar in erster Linie der mechanischen Orthopädie, besonders der Behandlungsmethode des Vaters des Erblassers und ihrer Fortbildung dienen soll. Der stattliche Bau des Kraußianum befindet sich auf dem Gelände der neuen Kgl. orthopädischen Klinik und steht mit dieser in engster Verbindung. Die Funktion des Direktors des Kraußianum ist dem Professor für Orthopädie an der Universität München Geheimen Hofrat Dr. Fritz Lange übertragen worden.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: San.-Rat Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil S. Caspari, Berlin-Schöneberg.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW. 68, Alexandrinenstraße 110.

